



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CÁSSIO NOBORO FUGINAMI

**ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE  
SANTA CATARINA**

Florianópolis  
2019

CÁSSIO NOBORO FUGINAMI

**ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE  
SANTA CATARINA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Cláudia Flemming Colussi, Dr.

Coorientador: Prof. Ângela Maria Blatt Ortiga, Dr.

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Fuginami, Cássio Noboro  
ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO EM SAÚDE DOS  
MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA / Cássio Noboro Fuginami ;  
orientador, Claudia Flemming Colussi, coorientador, Ângela  
Maria Blatt Ortiga, 2019.  
83 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Planejamento em Saúde. 3.  
Instrumentos de gestão. 4. Sistema Único de Saúde. 5.  
Planejamento estratégico. I. Colussi, Claudia Flemming.  
II. Ortiga, Ângela Maria Blatt. III. Universidade Federal  
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva. IV. Título.

Cássio Noboro Fuginami

Análise dos instrumentos de gestão em saúde dos municípios de Santa Catarina

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Claudia Flemming Colussi, Dr.(a)  
Instituição UFSC

Prof.(a) Josimari Telino de Lacerda, Dr.(a)  
Instituição UFSC

Prof.(a) Selma Regina de Andrade, Dr.(a)  
Instituição UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

---

Prof.(a) Marta Inez Machado Verdi, Dr.(a)  
Coordenador(a) do Programa

---

Prof.(a) Claudia Flemming Colussi, Dr.(a)  
Orientador(a)

Florianópolis, 2019

## AGRADECIMENTOS

A minha mãe Helica Yoshida Utumi, por sempre me apoiar e acreditar em mim.

A minha namorada, Jéssica Germano, primeiramente por me influenciar diretamente na escolha pelo mestrado, e por sempre me orientar nas palavras.

Às minhas professoras, Celita Salmaso Trelha e Brígida Gimenez Carvalho, que foram as pessoas que nortearam minha escolha à Saúde Pública.

À Secretaria Municipal da Saúde de Luiz Alves, principalmente a Juliana e Julieta, pelo esforço e adequação dos meus dias e horários. Além de acreditarem no meu potencial como profissional.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Claudia Flemming Colussi, pela paciência, pelas orientações e pelas discussões. Com certeza se esta dissertação foi finalizada, grande parte foi sua contribuição.

À Banca Examinadora, pela disponibilidade em participar deste momento e pelas contribuições.

Aos colegas de mestrado e de trabalho, pelas ricas discussões durante meu processo de mestrado.

Ao meu padrasto “Bola”, que infelizmente nos deixou este ano, que sempre me ajudou em todo processo de graduação e pós-graduação. Saudades.

E a todos que de alguma forma, contribuíram para este trabalho.

## APRESENTAÇÃO

O interesse pelos objetos de pesquisa deste estudo surgiu a partir de uma experiência pessoal e profissional na residência em saúde da família, que me oportunizou o primeiro contato com o planejamento em saúde. Contato que despertou curiosidade sobre o assunto, sobretudo pelo motivo de que os cargos administrativos da gestão pública são espaços não usuais de atuação dos profissionais de fisioterapia.

Dois anos depois dessa primeira experiência, em 2016, e após efetivação como fisioterapeuta do NASF, vivencio práticas de trabalho nas áreas de regulação e planejamento. Inclusive na elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) do município de Luiz Alves.

O processo elaboração do PMS foi complexo, visto que este instrumento deve ser coerente com as necessidades de saúde da população de acordo com a realidade do nosso município.

Neste período de elaboração, ao participar de capacitações e palestras sobre o planejamento em saúde e construção dos instrumentos de gestão, presenciei limitada assiduidade por parte dos municípios. Nestas oficinas, as maiores discussões se debruçavam sobre organização e elaborações de instrumentos por empresas privadas, instrumentos engavetados e nunca utilizados, e falta de capacidade técnica e interesse dos gestores pelo planejamento em saúde.

A partir destas discussões, da vivência que obtive até o momento, e das dificuldades na construção dos instrumentos, surgiu a curiosidade de como os outros municípios se organizavam para elaborar seus instrumentos, de acordo com as normas estabelecidas, e se de fato possuíam coerência em seu conteúdo.

Deste modo, esta dissertação tem o objetivo de analisar a elaboração dos instrumentos de gestão pelos municípios de Santa Catarina, considerando os aspectos históricos do planejamento em saúde e dos instrumentos de gestão no Brasil.

Assim, este documento foi estruturado em cinco tópicos principais: Introdução, Objetivos, Sustentação Teórica, Metodologia, Resultados e Considerações finais. Os resultados são apresentados em formato de dois artigos científicos.

## RESUMO

A partir das Leis Orgânicas e do PlanejaSUS, os instrumentos de gestão foram instituídos como ferramentas básicas para o planejamento no SUS. Considerando as adaptações e as realidades locais de cada ente, o PlanejaSUS unificou os modelos destes instrumentos, criando estrutura mínima para sua construção. O objetivo desta pesquisa é analisar os instrumentos de gestão em saúde elaborados pelas secretarias municipais de saúde de Santa Catarina, quanto a sua estrutura, integração e coerência interna. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de caráter quantitativo e qualitativo por meio de análise documental. Os documentos analisados foram o Plano Municipal de Saúde (PMS) do período de 2014-2017; a Programação Anual de Saúde (PAS) de 2017 e o Relatório Anual de Gestão (RAG) referente ao ano de 2017. A busca pelos instrumentos foi por meio do sítio eletrônico do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS), sistema de preenchimento obrigatório pelos gestores. Para análise da estrutura mínima do PMS, PAS e do RAG, foi realizada leitura integral e criteriosa dos itens obrigatórios, destes instrumentos de gestão, com base na Portaria N° 2.135/13 e dos manuais de planejamento do SUS. Na análise de coerência interna buscou-se analisar o conteúdo interno do PMS, ou seja, a relação lógica entre os itens da sua estrutura (Análise Situacional; Problemas Prioritários; Diretrizes; Objetivos; Metas e Indicadores). Para análise de integração, foi verificada a interligação entre as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) do PMS e a PAS, e se as DOMI da PAS foram analisadas no item correspondente do RAG. Dos 295 municípios de Santa Catarina, 288 possuíam o RAG de 2016, dos quais 136 com a estrutura mínima do PMS conforme legislação. Dos 136 municípios, apenas 76 apresentaram o RAG e a PAS de 2017, dos quais apenas 8 continham a estrutura mínima preconizada pela Portaria 2.135/13. Na etapa seguinte, foi analisada a coerência interna do PMS e a integração dos três instrumentos de gestão desses 8 municípios. Verificou-se que a maioria dos municípios apresentou incoerências no PMS e pouca integração entre o PMS, PAS e RAG. Apesar dos esforços para construção do planejamento em saúde no Brasil, foi possível identificar a escassa participação social na construção e apreciação dos instrumentos, assim como a baixa fiscalização dos órgãos públicos. A rotatividade dos gestores devido a interesses políticos sem considerar a qualificação profissional, transformam os instrumentos de gestão em ferramentas apenas com caráter normativo e criam obstáculos para consolidação da cultura do planejamento no Brasil.

**Palavras-chave:** Planejamento em saúde 1. Planejamento Estratégico 2. Instrumentos de Planejamento 3. Sistema Único de Saúde 4. Gestão em Saúde 5.

## ABSTRACT

Based on the Organic Laws and PlanejaSUS, management instruments were instituted on SUS as basic tools for planning. Considering the adaptations and local realities of each entity, PlanejaSUS unified the models of these instruments, creating minimal structure for their construction. The objective of this research is to analyze the health management instruments elaborated by the Santa Catarina municipal health departments, regarding their structure, integration and internal coherence. This is a descriptive exploratory research, quantitative and qualitative, per document analysis. The analyzed documents were the Municipal Health Plan (MHP) from 2014-2017; Annual Health Schedule (AHS) of 2017 and the Annual Management Report (AMR) of 2017. The search for the tools was through the Management Report Building Support System (SARGSUS) website, a mandatory filing system for managers. To analyze the minimum structure of the PMS, PAS and RAG, a thorough and careful reading of the mandatory items of these management instruments was performed, based on Ordinance No. 2.135 / 13 and the SUS planning manuals. The internal coherence analysis sought to analyze the internal content of the PMS, that is, the logical relationship between the items of its structure (Situational Analysis; Priority Problems; Guidelines; Objectives; Goals and Indicators). For integration analysis, the interconnection between the PMS Guidelines, Goals, Goals and Indicators (DOMI) and the SBP was verified, and if the SBP DOMI were analyzed in the corresponding RAG item. Of the 295 cities of Santa Catarina, 288 had the MHP, of which 136 had the minimum structure required on legislation. As for the AMR, 248 cities presented the tool, and of these, only 125 had the AHS. When crossing the data of the cities that presented the minimum structure of the MHP (136) and the AMR and AHS (125), 76 cities had the three tools, of which only 8 contained the minimum structure recommended by Ordinance 2.135 / 13. Hereafter, the internal consistency of the MHP and the integration of the three management tools of these 8 cities were analyzed. Most of them showed inconsistencies in MHP and little integration between MHP, AHS and AMR. Despite efforts to build health planning in Brazil, it was possible to identify the scarce social participation in the construction and appreciation of the tools, as well as the low supervision of public agencies. The turnover of managers due to political interests without considering professional qualifications, transform management instruments into normative tools only and create obstacles to consolidate the planning culture in Brazil.

**Keywords:** Health Planning 1. Strategic Planning 2. Management Tools 3. Unified Health System 4. Health Management 5.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas da análise dos instrumentos de gestão em saúde.....	35
Figura 2 - Representação esquemática das etapas de análise dos instrumentos de gestão, com a quantidade de municípios analisados e eliminados da análise. ....	35

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Os oito temas do Mapa da Saúde (BRASIL, 2016).....	28
Quadro 2 – Check-list para análise da estrutura mínima dos instrumentos de gestão.....	34
Quadro 3 - Análise de coerência interna do PMS e de integração entre os instrumentos de gestão. .....	36
Quadro 4 - Exemplos de preenchimento do campo “Recomendações para a próxima Programação Anual de Saúde e/ou redirecionamentos para o Plano de Saúde” do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2017.....	48
Quadro 5 - Resultados da análise da integração dos instrumentos de gestão.....	66

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Frequência absoluta e relativa dos itens encontrados nos instrumentos de gestão avaliados. ....	46
Tabela 2 - Resultados da análise de coerência interna do PMS de oito municípios catarinenses (M1-M8). ....	65

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CENDES	Centro de Desenvolvimento da Venezuela
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regionais
LDO	Leis de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RENAME	Relação de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde
SARGSUS	Sistema de Apoio ao relatório de Gestão
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.2	OBJETIVOS.....	18
1.1.1	Objetivo Geral.....	18
1.1.2	Objetivos Específicos .....	18
<b>2</b>	<b>SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>19</b>
2.1	HISTÓRICO E CONCEITOS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA.....	19
2.2	OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS E SEU ARCABOUÇO LEGAL	24
2.3	OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO .....	27
2.3.1	PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	27
2.3.2	PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE.....	29
2.3.3	RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO .....	30
2.4	ENFOQUES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO .....	31
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
4.1	ARTIGO 1 - ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO ELABORADOS PELAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2014 A 2017.....	39
4.2	ARTIGO 2 - ANÁLISE DA COERÊNCIA INTERNA E INTEGRAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO EM SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA .....	58
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE A – Processo de construção dos instrumentos de gestão analisados. ....</b>	<b>83</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, o planejamento das ações surgiu como decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho e da necessidade de enfrentar as mudanças ocorridas nas condições de vida e saúde da população em diversos países (TEIXEIRA, 2010).

Neste contexto, algumas correntes surgiram com objetivo de desenvolver o planejamento em saúde. Dentre essas correntes e considerando sua importância histórica e apropriação do setor saúde, o enfoque estratégico de planejamento foi adotado e adaptado no Brasil, como forma de organizar o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016).

O enfoque estratégico formulado por Mario Testa propõe que os problemas de saúde são socialmente determináveis, e dependem dos atores sociais envolvidos, seus conflitos, interesses e relações de Poder. Desenvolve o Postulado de Coerência, que define a relação lógica entre propósitos, métodos para alcançá-los e a organização das instituições que se encarregam para realizá-los (RIVERA, 1989, p. 85).

Carlos Matus, com o Planejamento Estratégico – Situacional (PES), rompe com a ideia de etapas sequenciais do planejamento normativo e propõe que estas etapas se desenvolvam de forma simultânea e integradas, além de pressupor a interação dos diversos atores envolvidos na situação-problema (RIVERA, 1989).

No SUS, a legislação vigente determina que o processo de planejamento seja desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde. Deve considerar as especificidades do território e as necessidades de saúde da população, contribuindo para consolidação do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira (BRASIL,1990a;2013).

Deste modo, a Lei 8.080/90 e sua regulamentação, instituída no Decreto 7.508/2011, estabelecem que o planejamento da saúde é ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde. Institui o Plano de Saúde (PS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) como instrumentos de gestão orientados pela participação social, e a LOS 8.142/90 firma a obrigatoriedade da instituição dos Conselhos de Saúde.

A importância dos instrumentos de gestão é reforçada em 2006, com a proposição de um modelo de planejamento do SUS (Sistema de Planejamento do SUS) que tinha como objetivo específico formular metodologias unificadas e potencializar os instrumentos básicos

de planejamento (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão) como condutores do processo de planejamento no SUS (BRASIL, 2008).

Por meio do PlanejaSUS o Ministério da Saúde apresentou aos estados e municípios os conceitos e estrutura básica de cada instrumento (BRASIL, 2009b). Além disso, reforçou que os instrumentos “(...) interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS” (BRASIL, 2013 Art. 2º, § 1º).

Para auxiliar na construção sequencial e integrada dos instrumentos, em 2012 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), que inicialmente tinha como objetivo apoiar a construção do RAG. A partir de 2013, considerando seus bons resultados, o MS determinou que todos os instrumentos de gestão fossem anexados neste sistema (BRASIL, 2012;2013).

Como resultado, os conselhos de saúde utilizaram o SARGSUS para apreciação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde do respectivo ente federativo. Apesar disso, embora a Lei 8.080/90 tenha vedado a transferência de recursos para ações e serviços em saúde não previstos no plano de saúde (BRASIL, 1990a), observa-se que na prática ocorre pouco acompanhamento de órgãos fiscalizadores, dificultando a consolidação dos instrumentos de gestão (ROLIM, LB, et al, 2013; KLEBA, et al 2015).

Além disso, nem todos passam por aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), ou são apreciados pelo CMS sem contemplar os itens obrigatórios e definidos por lei (CARVALHO, 2014; ALMEIDA e SOUZA, 2013; SALIBA et al, 2013). Para Carvalho (2014), a elaboração do Plano de Saúde tem se caracterizado predominantemente pela racionalidade normativa, e em menor grau, pelas racionalidades estratégica e comunicativa.

Observa-se deste modo a construção dos instrumentos apenas para fins de cumprimento das normas para sua entrega, e não de instrumentos norteadores estratégicos do planejamento. Segundo Fenili et al. (2017), um dos desafios para o planejamento estratégico é “(...) assegurar coerência entre a estratégia, o planejamento, a formulação e execução das políticas públicas.”

Amorim (2016) ao analisar o Plano Municipal de Saúde (PMS) de um município do estado de Tocantins, identificou que o instrumento apresentava coerência interna parcial entre a análise situacional, problemas prioritários, ações, metas e resultados, enquanto Cruz (2013) encontrou apenas dois de 24 Planos de Vigilância Sanitária coerentes.

Num estudo realizado por Freitas et al. (2013), nenhum dos gestores entrevistados possuía conhecimento sobre o período de vigência do PS, sendo que 87,5% dos gestores não dispunham de capacitação e orientação do Estado/União para elaboração do referido instrumento. Cunha et al (2006) apontam que o RAG não é utilizado para fins de planejamento e avaliação, isso devido ao escasso conhecimento sobre planejamento no SUS.

A escassez de conhecimento sobre os objetivos dos instrumentos de gestão reduz sua importância, transformando-os apenas em documentos obrigatórios e normativos, e sua elaboração em um processo ritualístico, sem finalidade de planejamento (COELHO e PAIM, 2005; CERQUEIRA, 2008). Além disso, a falta de integração entre os instrumentos reduz a capacidade de desenvolvimento e aprimoramento do planejamento e da própria gestão (SCHONS, 2015; ÁVILA, 2012; PAIVA, 2015).

A partir destas constatações, as perguntas de pesquisa que moveram este estudo foram: “de que forma os instrumentos de gestão estão estruturados nos municípios de Santa Catarina? Há integração entre esses instrumentos?”.

Para responder a essas perguntas, o presente estudo tem por objetivo analisar os instrumentos de gestão em saúde elaborados pelas secretarias municipais de saúde de Santa Catarina, quanto a sua estrutura, integração e coerência interna. Pretende-se contribuir para a discussão deste tema tão importante, avançando no conhecimento produzido.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar os instrumentos de gestão em saúde elaborados pelas secretarias municipais de saúde de Santa Catarina.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Levantar os municípios que enviaram os instrumentos de gestão ao SARGSUS na data prevista;

Verificar se os instrumentos de gestão possuem a estrutura mínima preconizada na legislação vigente;

Investigar a coerência interna do Plano Municipal de Saúde;

Discutir a presença ou ausência de integração entre os instrumentos de gestão.

## 2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 HISTÓRICO E CONCEITOS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

O planejamento surge na América Latina como instrumento de desenvolvimento econômico, que objetiva a superação das diferenças entre os países latinos (subdesenvolvidos) e os países desenvolvidos ou capitalistas centrais (GIOVANELLA, 1991). Segundo Rivera (1989) o planejamento econômico na América Latina apresentou um desenvolvimento teórico valioso, porém na prática sem possibilidades de aplicações reais. Dentre estas teorias, destaca-se a importante contribuição da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) no planejamento, principalmente por incluir como parte do desenvolvimento integrado a programação social e sanitária.

As teses Cepalinas não alcançaram os objetivos esperados, o que ocorreu foi o baixo desenvolvimento de projetos setoriais, como por exemplo, o saneamento básico. Apesar disso, apresentaram considerável influência para a Reunião de Punta del Este onde comprometiam os Ministros de Estado a formular programações para desenvolvimento da economia, incluindo o desenvolvimento social e sanitário para recebimento de assistência (RIVERA, 1989).

Estas programações foram fundamentais na elaboração do planejamento em saúde pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES) na Venezuela, com apoio da Organização Pan-americana da saúde (OPAS), denominado Método CENDES/OPS (RIVERA, 1989). A ideia norteadora do método CENDES/OPS era a “eficiência na utilização de recursos” (RIVERA, 1989 p. 25). De acordo com o autor,

A intenção é operacionalizar alguma forma de cálculo da eficiência (enquanto análise de custo-benefício) que possa auxiliar tanto o processo de definição de prioridades (entre danos e grupos de população) quanto o processo de escolha das técnicas programáticas (escolha de recursos) (RIVERA, 1989, p.25).

A priorização das escolhas era realizada através de um quadro diagnóstico e análise de custos e seguiam a fórmula:  $D = \text{Magnitude (mortalidade por causa)} \times \text{Transcendência (importância diferencial dos grupos humanos)} \times \text{Vulnerabilidade (grau de resolutividade técnica)}$ , com o objetivo de dar maior resolutividade e priorizar os agravos que responderiam

melhor a intervenção, gerando menor custos. O quadro diagnóstico do método era constituído do Diagnóstico Ecológico (ambiente físico, biológico e social), e Diagnóstico Sanitário, em nível de saúde (morbidade e mortalidade) e institucional (análise microeconômica dos recursos em saúde) (RIVERA, 1989, 2012).

O método CENDES/OPS tinha como ideias centrais: a eficiência dos recursos escassos; a crença na superioridade de critérios técnicos e a compatibilidade com planos nacionais de desenvolvimento. Para o planejamento trouxe como contribuição: o estímulo à decisão de planejar, o reconhecimento do planejamento local e ascendente, “[...] os planos regionais constituíam o somatório de planos locais até chegarem ao plano nacional de saúde [...]” (RIVERA, 1989 p.25), a priorização à prevenção de danos; a proposta de uma atuação integrada e sistêmica; o estímulo à formulação de sistemas de custos, entre outros (RIVERA, 1989, 2012).

Como deficiência, o método apresentava uma visão excessivamente normativa e tecnocrática que prevalecia sobre a visão estratégica; rejeitava as variáveis sociais, o que diminuía a promoção da equidade; o planejador era um ator externo à realidade local e por consequência, dos problemas; além disso se considerava o único com poder para planificação e acreditava não necessitar de consenso. Neste processo os gestores e administradores muitas vezes não seguiam os planos elaborados (RIVERA, 1989; GIOVANELLA, 1991).

A partir das deficiências apresentadas pelo método CENDES/OPS, surgem vertentes que visam desenvolver o planejamento em saúde na perspectiva da planificação estratégica na América Latina, Mario Testa (Pensamento Estratégico), Carlos Matus (Planejamento Estratégico Situacional) e a Programação Local de Saúde inspirada pela Escola de Medelín (RIVERA, 1989).

Segundo Giovanella (1990), o planejamento estratégico proposto por Mario Testa, busca discutir os problemas de saúde, considerando as relações de Poder e do comportamento dos atores sociais. Para a autora, no enfoque estratégico de Testa

Considera-se o problema do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a construção da viabilidade política.

Testa propõe que para realizar uma análise da realidade, são necessários três tipos de Diagnóstico em Saúde, que são ligados aos objetivos básicos da planificação, o Diagnóstico Administrativo: Análise dos recursos, do acesso aos serviços, estrutura e enfermidades, este tipo de diagnóstico apresenta uma análise tradicional que quantifica os problemas de saúde; o

Diagnóstico Estratégico: Análise das relações de Poder (quem detém o poder, quem controla o financiamento, quem sai beneficiado ou prejudicado, como se dá o conflito de poder) e o Diagnóstico Ideológico: que procura identificar os aspectos técnico-ideológicos que conduzem à legitimação do poder como propósito (RIVERA, 1989).

As relações de Poder são descritas como fator determinante para o planejamento. Deste modo, Testa identifica três tipos de Poderes em saúde – O Poder Administrativo: capacidade de administrar os recursos; o Poder Técnico: Capacidade de gerar, acessar e manejar informações, é o manejo do conhecimento; e o Poder Político: equivale ao poder de mobilizar grupos de população. O Poder político permeia todos os outros Poderes e guarda correlação à proposta dos três níveis de diagnóstico (RIVERA, 1989; GIOVANELLA, 1990).

Para reflexão acerca da viabilidade das mudanças propostas através da planificação, Testa apresenta o Postulado de Coerência. Segundo RIVERA (1989, p.43) “o postulado de coerência define os elementos capazes de outorgar viabilidade a um enfoque metodológico de planificação que se proponha a mudança”. Estes elementos são: os Propósitos que se apresentam como um determinado Programa ou Projeto de um Governo, com objetivo de mudança e expresso em uma política; os Métodos são os meios por quais as mudanças serão estabelecidas; e a Organização, as instituições que se encarregam de executar as ações (RIVERA, 1989; GIOVANELLA, 1990).

Segundo Lacerda et al (2013) o postulado de coerência representa as relações existentes entre as propostas de um governo a partir de um determinado projeto. Por meio desta análise de coerência, podemos identificar a viabilidade de um projeto de governo, considerando os meios/métodos para sua aplicação e as organizações que irão instituí-lo.

Outra vertente do enfoque estratégico é representada pelo Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus. Segundo o autor, uma determinada situação apresenta uma pluralidade explicativa, dependerá do ator envolvido na situação, seu olhar e sua intencionalidade. Para Matus o sujeito constitui um ator social, que fala e age dentro da situação-problema e convive ainda com outros atores, estes, oponentes ou colaboradores com diferentes graus de governabilidade, originando várias explicações para o problema (RIVERA, 1989; 2012).

O enfoque metodológico de Matus pressupõe quatro momentos básicos: o Explicativo que compreende a análise da situação inicial e o caminho a ser percorrido para o futuro desejado. A identificação, seleção e priorização dos problemas a partir do conceito de Situação e da Teoria da Produção Social, considerando neste aspecto os vários atores envolvidos para

análise dos problemas que os afetam. O momento Normativo é o momento do “deve ser”, define-se as operações que levam a mudança da situação inicial para a situação ideal. Deve ser centrado na operacionalização e direcionamento das ações para efetivação dos seus objetivos, considerando os recursos existentes. O momento Estratégico é o momento do “pode ser” e “como fazer” incluindo a análise de viabilidade das operações propostas (objetivos), e o desenho de estratégias ou de formas de viabilização de operações, quando necessário. Além disso, é necessário identificar os atores envolvidos no processo de mudança, seu grau de concordância e oposição como forma de viabilização do planejamento. E o momento Tático-Operacional, corresponde a gestão do plano, à execução das ações, além do monitoramento e avaliação das operações que compõe o plano, com proposições de adequações e mudanças ao longo do processo (LACERDA, et al 2013; RIVERA, 1989; 2012).

Governar para Matus é a capacidade de conduzir o processo, para o autor, planeja quem governa, é quem tem capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir (MATUS, 1981 apud GIOVANELLA, 1991). Neste contexto é possível entender que o ato de planejar envolve múltiplos atores, de acordo com o objetivo propostos definidos pela situação-problema, porém o método reflete a capacidade de governabilidade do ator.

A arte de condução do governo segundo Matus relaciona três variáveis que se condicionam mutuamente, conhecido como triângulo de Governo de Matus. O Projeto de Governo consiste nas intenções ou propósitos do Governo; a Capacidade de Governo são as habilidades, métodos e técnicas de planificação, incluindo as capacidades de liderança e Governabilidade relação entre as variáveis controladas e não controladas pelo ator do plano, quanto maior as variáveis o ator controlar, maior será sua governabilidade (RIVERA, 1989; 2012).

Por último, o enfoque estratégico, representado por Emiro Trujillo Uribe e Juan José Barrenechea, ligados à Escola de Medellín que se consolida no documento Saúde para Todos (SPT) no ano 2000. Este enfoque aproxima o conceito de necessidades de saúde através do critério das condições de vida como parâmetros para priorização de grupos humanos e programação de ações de saúde. O enfoque objetiva a diminuição das desigualdades, direcionando os cuidados em saúde para os espaços geográficos com piores indicadores de vida, saúde e acesso (GIOVANELLA, 1991; RIVERA, 1989, 2012).

No Brasil, o planejamento estratégico foi amplamente utilizado por diversos autores e instituições, e adaptadas para o contexto sanitário brasileiro (BRASIL, 2016 p. 58). Segundo

Rivera (2012) o planejamento em saúde no Brasil é representado por quatro vertentes classificadas primeiramente por Merhy (1995) e revista por Rivera e Artmann (1999; 2010).

O primeiro enfoque denominado gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (Lapa) na Faculdade de Medicina de Campinas, defende a construção da gestão colegiada e democrática, que apresentam as seguintes premissas: forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. Este enfoque faz crítica ao modelo piramidal da proposta de hierarquização e defende um modelo de gestão em círculo que enfatiza a coordenação horizontal entre todos os níveis de rede e a centralidade da rede básica no cuidado, incorpora os conceitos de acolhimento e vínculos ligados à política de humanização, introduz os fluxogramas analisadores e a clínica ampliada, além de destacar a importância das tecnologias leves no processo de trabalho (RIVERA, 2012).

O planejamento estratégico comunicativo representado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz se fundamenta na teoria do Agir Comunicativo de Habermas, resgata os aspectos comunicativos do planejamento estratégico-situacional e incorpora um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais. A liderança é concebida como aspecto fundamental e tem como princípios: práticas de argumentação, negociação, dimensão cultural e redes de conversação. Situa-se no paradigma intersubjetivo que abrange questões de micropolíticas, econômicas, administrativas e político (RIVERA, 2012).

A ação programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo valoriza a noção de necessidades de saúde do método CENDES/OPS re-conceituando o processo de programação em saúde do método a partir da teoria marxista, faz uso inteligente da epidemiologia clínica e social das necessidades de grupos humanos para além do recorte por patologia. Destaca a importância do trabalho em equipe em sua forma multidisciplinar e busca integração entre os serviços básicos e hospitalares, estabelecendo a importância dos processos comunicativos (RIVERA, 2012; TEIXEIRA, 2010).

A quarta e última corrente denominada de Vigilância em Saúde, do grupo de docentes e pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, representados por Carmem Teixeira e Jairnilson Paim, defende a organização dos serviços de modo a promover a integralidade da atenção à saúde e se propõe a pensar em estratégias de mudanças de modelos assistenciais no SUS. O modelo defende a reorganização do modelo assistencial a partir das necessidades da população e territórios específicos. Além de destacar a regionalização como forma de diminuir a fragmentação dos sistemas de saúde (RIVERA, 2012; TEIXEIRA, 2010).

## 2.2 OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS E SEU ARCABOUÇO LEGAL

Os instrumentos de gestão são inseridos a partir da criação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS). Segundo as LOS 8.080/90 e 8.142/90 para recebimento de recursos, os entes federativos devem contar com Plano de Saúde, Relatório de Gestão e Conselho de Saúde, dispõe ainda que é vedada a transferência de recursos para financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais e de calamidade pública.

Além do plano de saúde e relatório de gestão, a Constituição Federal ressalta que os Municípios, Estados e União devem através de instrumentos propostos Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), realizar o ciclo de planejamento e orçamento nas três esferas do governo, assumindo a importância da integração entre os instrumentos de governo e os instrumentos de gestão do SUS (BRASIL, 1988).

Em 1993 foi publicado a Norma Operacional Básica (NOB/93) estabelecendo a obrigatoriedade do PS passar por aprovação dos Conselhos de Saúde (NOB, 1993). Em seguida, visando aumentar o escopo de serviços aos usuários a NOB/96 cria a Programação Pactuada Integrada (PPI), instrumento de oferta de serviços regionalizada. Visto sua relevância e a fim de intensificar as ações e propostas na PPI, surge a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) que institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento de organização dos serviços, de forma regionalizada e hierarquizada coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Essas normas tinham como objetivo, promover cuidado integral ao usuário através da regionalização (BRASIL, 2002a; LUZ et al., 2013).

Em 2002, o Ministério da Saúde divulga o SUS: Instrumentos de Gestão em Saúde (2002) com objetivo de orientar a elaboração dos instrumentos de gestão (Agendas de Saúde; PS; RAG; PDR e PPI) quanto ao conceito, fluxo, modo de elaboração, cronograma e a importância da integração entre os instrumentos, além de definir a responsabilidade de cada esfera de governo no que tange à sua elaboração e implicações/penalidades caso os instrumentos não forem apresentados (BRASIL, 2002b).

As Agendas de Saúde, instituídas pela Portaria Nº GM/MS 393 de 2001, foi um instrumento de formalização de política descendente, composta por um conjunto de eixos prioritários, justificados e detalhados em objetivos e indicadores, discutidos em cada esfera de governo com os respectivos conselhos de saúde. O referido instrumento foi revogado pela Portaria GM/MS Nº 3.332/2006, assim as prioridades definidas pelos três entes integram o Pacto pela Saúde e são definidas a cada ano com auxílio de um sítio eletrônico (BRASIL, 2011).

Visando desenvolver o planejamento em saúde, em 2005 o MS promoveu oficinas macrorregionais com objetivo de organizar e identificar as bases de funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Com a criação do Pacto da Saúde em 2006, o MS elabora o Pacto de Gestão, que tem como principais eixos a regionalização, descentralização, financiamento, a programação pactuada integrada, a regulação, participação e controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde (BRASIL, 2008).

Como resultado, a Portaria Nº 3.085/06, regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. O PlanejaSUS é definido como “a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (BRASIL, 2009a p.21). Possui como objetivo principal, coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS nas três esferas de governo. Ressalta a importância da cooperação dos entes federativos no planejamento do SUS, assim como a capacitação de profissionais que atuam no contexto do planejamento, o monitoramento e avaliação como parte fundamental do planejamento.

Além disso, reflete sobre a necessidade de unificar a construção de modelos de instrumentos de gestão, considerando que existam distintos métodos e modelos. Deste modo, coloca o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão como instrumentos básicos e norteadores deste processo de planejamento (BRASIL, 2009b).

Para auxiliar neste processo, o MS define o conceito e a estrutura mínima de cada instrumento através de manuais e capacitações (BRASIL, 2008). A partir de 2011, o Decreto Nº 7.508/11 regulamenta a LOS 8.080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, Planejamento em saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa. A Portaria Nº 7.508/11 avança na discussão sobre regiões de saúde, institui a Comissão Intergestores Regionais (CIR), as principais portas de entrada do SUS, Rede de Atenção à Saúde e o Mapa da Saúde. O mapa da Saúde é incorporado ao PS para auxiliar na Análise Situacional. Deste modo, tem como objetivo a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços.

Por último, a Portaria GM/MS Nº 2.135/13 que revoga a Portaria GM/MS Nº 3.085/06, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no SUS, dentre as mudanças, corrobora a utilização do Mapa da Saúde como orientador da análise situacional do PS, define a importância do planejamento regionalizado e estabelece que os instrumentos (PS, PAS, RAG e Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior) devem ser disponibilizados em meio eletrônico, no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em [www.saude.gov.br/sargsus](http://www.saude.gov.br/sargsus) (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que, com objetivo de desenvolver os sistemas de planejamento, a partir de 2018 o MS vem promovendo oficinas para atualização dos sistemas de planejamento do SUS. Através da Portaria N° 750/19, institui o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP, o qual apresenta funcionalidades de preenchimento dos instrumentos de gestão, além de facilitar sua integração.

Os técnicos/gestores devem preencher as diretrizes, metas, objetivos e indicadores (DOMI) do PMS, que posteriormente migram em formato anualizado para a PAS, para que posteriormente sejam demonstrados no RAG no prazo específico, pelo mesmo sistema. Ressalta-se que até a última atualização do Manual do usuário – Módulo Planejamento (05/2019) a análise situacional e os problemas prioritários deverão ser anexados junto ao sistema e não preenchidos como os demais itens.

## **2.3 OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

### **2.3.1 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

O plano de saúde é o instrumento central de planejamento, segundo o Manual de Planejamento do SUS “[...] é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão, e contempla todas as áreas da atenção à saúde [...]”. Nele o gestor expressa as intenções prioritizadas na sua administração, deve conter as diretrizes, objetivos, metas, ações e previsão orçamentária do governo para o período de quatro anos, sendo sua elaboração iniciada no primeiro de mandato em curso, com execução do plano do segundo ano ao primeiro ano da gestão subsequente. (BRASIL, 2016).

As intenções de governo devem ser orientadas pela análise situacional do território com base no Mapa da Saúde. Segundo o Decreto 7.508/11 o mapa da saúde deve conter a descrição geográfica da distribuição dos recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferidos a partir dos indicadores e ações de saúde (BRASIL, 2011).

O uso do mapa da saúde auxilia os gestores na identificação das necessidades de saúde da população, através de levantamento epidemiológico, demográfico, sociais, de gestão e estrutura do sistema. De acordo com o Manual de Planejamento do SUS (2016), o mapa da saúde é constituído por oito temas, conforme descrito no quadro 1.

Realizado o diagnóstico situacional do território, a próxima etapa é a discussão e elaboração das diretrizes, metas, objetivos e indicadores (DOMI) através de audiências públicas e assegurando a participação social.

Observando o Sistema de Planejamento do SUS e suas normas, a Análise Situacional tem por objetivo, identificar, formular e priorizar problemas em uma determinada realidade. As Diretrizes serão definidas respondendo as necessidades de saúde da população, identificadas na Análise Situacional em forma de políticas e estratégias; Os objetivos expressam os resultados desejados e refletem as situações que se desejam alterar pela implementação de estratégias; As metas expressam as medidas de alcance dos objetivos; e os indicadores são um conjunto de parâmetros que avaliam e monitoram uma situação determinada por meio das metas (BRASIL, 2009b;2016).

Quadro 1 – Os oito temas do Mapa da Saúde (BRASIL, 2016)

1. Estrutura do Sistema de Saúde	Capacidade instalada pública (própria e privada complementar) privada, estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais.
	Oferta e cobertura de ações e serviços em saúde mediante uso de indicadores.
2. Rede de Atenção à Saúde	Contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica com ordenadora da rede. Além da implementação de redes prioritárias como, por exemplo, as redes de atenção às urgências, rede materno-infantil, rede de atenção psicossocial, sendo conformadas e identificadas de acordo com a necessidade.
3. Condições socio sanitárias	Evidenciada por meio de indicadores de morbimortalidade, nascimento, dados econômicos. Sistematiza informações sobre a situação de saúde de grupos com maior vulnerabilidade.
4. Fluxo de acesso	Evidencia o caminho e distância percorridos pelo usuário, constitui os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos.
5. Recursos Financeiros	Identifica os recursos de investimentos e custos.
6. Gestão do trabalho e da educação em saúde	Identifica os recursos humanos existentes no sistema, assim como a qualificação profissional.
7. Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde	Apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa e inovação em saúde.
8. Gestão	Evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação do controle social.

Fonte: Manual de Planejamento do SUS, 2016 pp 103-104.

Deste modo a construção do PS deverá conter minimamente a seguinte estrutura (Portaria GM/MS N° 2.135/13):

- I – Período de vigência;
- II – Identificação (esfera de gestão correspondente);
- III – Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde;
- IV – Análise situacional, orientada pelo Mapa da Saúde;
- V - Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e
- VI - O processo de monitoramento e avaliação.

Para que o PS tenha validade a Portaria GM/MS N° 2.135/13 (Art. 2, inciso 7º) dispõe

“O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em [www.saude.gov.br/sargsus](http://www.saude.gov.br/sargsus)” (BRASIL, 2013).

### **2.3.2 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE**

A PAS é o instrumento de operacionalização das intenções expressas no PS, tem por objetivo anualizar as metas do PS e prever alocação dos recursos orçamentários, sua elaboração é realizada no ano em curso, com execução no ano subsequente, deve considerar a LOA como subsídio em sua elaboração (BRASIL, 2013;2016).

Na PAS as ações e serviços devem ser detalhados conforme a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), as metas anuais, indicadores, previsão de alocação de recursos orçamentários do ano. As ações inseridas na PAS devem contribuir para o alcance dos objetivos e metas do PS, os indicadores para monitoramento e avaliação e a programação de recursos orçamentários (BRASIL, 2013; 2016).

Segundo a Portaria GM/MS N° 2.135/13 a PAS deve conter minimamente a seguinte estrutura (Municípios e Estados):

- I – Período de vigência do Plano de Saúde;
- II – Identificação (esfera de gestão correspondente);
- III – Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde;
- IV – Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- V – Metas do Plano de Saúde anualizadas/revisadas;

VI – Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;

VII – Previsão de alocação de recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

### **2.3.3 RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO**

O RAG é o instrumento de avaliação da PAS, apresenta os resultados alcançados e orienta possíveis redirecionamentos que se fazem necessários na PAS e no PS. É um instrumento de prestação de contas dos gestores e deve ser enviado ao Conselho de Saúde correspondente até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária.

O RAG deve ser elaborado no SARGSUS e ser apreciado pelo responsável (do Conselho de Saúde) dentro deste sistema. Assim que finalizado é disponibilizado para acesso público. O conteúdo do RAG deverá contemplar os seguintes itens (BRASIL, 2013; 2016):

I – Identificação (esfera de gestão correspondente);

II – Demografia e dados de morbidade;

III – Rede física de saúde;

IV – Recursos humanos;

V – As diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;

VI – As metas previstas da PAS previstas e executadas;

VII – A análise da execução orçamentária;

VIII – As auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e

IX - As recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

Cabe destacar que cada item apresenta um campo para análise e considerações, para que o gestor informe o seu conteúdo, justifique eventuais dificuldades de cumprimento das metas e redirecionamentos.

## 2.4 ENFOQUES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO

O enfoque estratégico foi utilizado e adaptado no Brasil, como forma de organização e planificação na saúde (BRASIL, 2016). Devido sua importância, diversos estudos e capacitações baseados nessa temática foram desenvolvidos como forma de analisar e avançar na construção do planejamento estratégico no Brasil (UNA-SUS/UFMA, 2016; FENILI et al 2017; LEMOS et al ,2017; MANETTI e LEITE, 2016; KRUGER et al, 2017).

Para Teixeira (2010) a construção do PS perpassa os momentos do Planejamento Estratégico Situacional e as fases (momentos) se interligam em um ciclo

“A construção da análise da situação, por exemplo, faz parte do momento explicativo, porém está fundamentada numa ideia de futuro que se pretende alcançar (momento normativo), e, ao mesmo tempo, é uma forma de avaliar o momento presente (momento tático-operacional), a partir de determinadas normas consideradas adequadas (momento normativo) para enfrentar os problemas prioritizados” (TEIXEIRA, 2010 p.29).

A construção do PS requer um processo organizado, possibilitando participação técnica e social (BRASIL, 2009b). Proporcionando a acumulação de poder à população e mudanças nas relações de poder, assegurando à sociedade a formação de consciência sanitária social e de classe (VIEIRA, 2009). Como resultado a construção de instrumentos de forma participativa e democrática

Reafirmando esse modelo, o MS prevê que a análise situacional deve ser consoante com as necessidades de saúde da população e a partir destas a construção de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) que visam responder estas necessidades (BRASIL,2016). No processo de elaboração das DOMI “É importante considerar a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e realizar a análise de coerência dos objetivos com as políticas de governo...” (BRASIL, 2009a, p. 60)

Segundo o Postulado de Coerência de Mario Testa, o processo de viabilidade dependerá da coerência entre os propósitos de uma instituição, os métodos empregados para seu alcance, e que estes devem estar de acordo com a estrutura e organização do processo de trabalho da instituição (RIVERA, 1989).

Nesta perspectiva, o Centro Pan-americano em Saúde (CCPS) propõe que o objetivo da análise de coerência, é de avaliar o grau de consistência e compatibilidade interna. Segundo o CPPS “O objetivo da análise da coerência externa é a avaliação da compatibilidade existente

entre a formulação setorial e a formulação global. Exemplo: política de expansão e fortalecimento do setor público em saúde vis-à-vis a adoção de um modelo de capitalismo liberal, privatizador na economia (RIVERA, 1989 p 166).

Enquanto a análise de coerência interna tem por objetivo “eliminar proposições inconsistentes com o conjunto setorial, aumentando sua compatibilidade e procurando aumentar sua sinergia”. Deste modo, a análise de coerência interna consiste em eliminar as proposições inconsistentes que invalidam o conjunto (RIVERA, 1989, 166).

Embasados neste enfoque e no arcabouço legal do SUS, Cruz (2012) e Amorim (2016) discutem que a análise da relação lógica entre os momentos das etapas de construção dos planos (análise situacional; problemas priorizados; e as DOMI), determinam sua coerência interna.

Corroborando com a análise desta relação, Fonseca e Medina (2018) identificaram limitada coerência interna entre as propostas e metas da temática promoção da saúde nos Planos Estaduais de Saúde.

Passados mais de 13 anos do surgimento do Sistema de Planejamento do SUS, momento em que os instrumentos de gestão se consolidam como ferramentas de planejamento do SUS, embasado no enfoque estratégico (BRASIL, 2006a;2009c). Encontram-se estudos que demonstram fragilidades na elaboração dos instrumentos e dificuldades no cumprimento das suas normas legais. Esse desconhecimento transformam a construção dos instrumentos em um ritual, que invalidam ou inviabilizam as propostas e projetos do governo, e sem objetivo de planificação (COELHO e PAIM, 2005; CERQUEIRA, 2008; ARCARI, 2015; ÁVILA, 2012; KLEBA et al, 2015).

Porém alguns estudos abordam a utilização do enfoque estratégico de Carlos Matus e de Mario Testa para construção de ferramentas para o planejamento. Nestes estudos encontram-se como resultado, o crescimento profissional, a intervenção de maneira estratégica, além de análises de coerência, relações de poder e qualificação setorial (LEMOS, et al, 2017; MANETTI e LEITE, 2016; FONSECA e MEDINA, 2018; SOARES e FREITAS, 2018).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de caráter quantitativo e qualitativo, por meio de análise documental. A análise documental consiste em estudar e analisar documentos selecionados e que não sofreram tratamento analítico com objetivo de compreensão do seu conteúdo, atendo-se às questões de interesse (KRIPKA, 2015). A análise documental é constituída de duas etapas: uma primeira correspondente a escolha dos documentos, seguida do acesso ou busca deles e finalmente, a análise (GODOY, 1995).

Os documentos analisados nesta pesquisa foram o Plano Municipal de Saúde (PMS) que compreende o período de 2014 a 2017; a Programação Anual de Saúde (PAS) de 2017 e o Relatório Anual de Gestão (RAG) referente ao ano de 2017, elaborados pelas 295 Secretarias Municipais de Saúde do estado de Santa Catarina.

Todos os documentos foram obtidos no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS), sistema eletrônico que auxilia os gestores na construção e publicização dos instrumentos de gestão (BRASIL, 2016). O sítio eletrônico do sistema é de domínio público e livre acesso (<https://sargsus.saude.gov.br/>)

Destaca-se que o PMS de 2014-2017 e a PAS 2017 foram elaborados na gestão municipal do período de 2013 a 2016. Este instrumento orientou o primeiro ano de governo da gestão de 2017 a 2020, sendo desta a responsabilidade de construção do RAG 2017 (Apêndice A).

A busca pelo PMS 2014-2017 ocorreu entre 15 a 20 de outubro de 2018, através da busca do RAG de 2016 (o PMS vem anexado ao RAG), que deveria ter sido entregue até 30 de março de 2017 (BRASIL, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A busca pelo RAG de 2017 e a PAS de 2017 compreendeu os dias 10 a 20 de junho de 2018. Vale ressaltar que o prazo para envio e entrega dos instrumentos ao SARGSUS é até 30 de março do ano correspondente (BRASIL, 2013; 2018).

Após a etapa de busca dos instrumentos, procedeu-se uma leitura integral e criteriosa do conteúdo dos instrumentos encontrados. A análise documental realizada na sequência teve como base a Portaria Nº 2.135/13 (BRASIL, 2013) e as informações do Manual de Planejamento no SUS (BRASIL, 2016), a partir dos quais foi construído um check-list (quadro 2) com os itens que deveriam constar nesses instrumentos de gestão analisados. Para a construção do check-list do RAG, consideraram-se os itens da estrutura do SARGSUS que o gestor utiliza para sua construção.

A cada item do check-list foi atribuída uma pontuação igual a 1 (um) caso o item estivesse presente no documento, e igual a 0 (zero) quando não detectado. Foi criada uma planilha no Microsoft Excel com os municípios nas linhas e os itens avaliados nas colunas. A estrutura mínima de cada instrumento de gestão foi considerada adequada apenas na presença de todos os itens do check-list. Desse modo, era necessário atingir 13 pontos no PMS, 7 pontos na PAS e 13 pontos no RAG.

Quadro 2 – Check-list para análise da estrutura mínima dos instrumentos de gestão

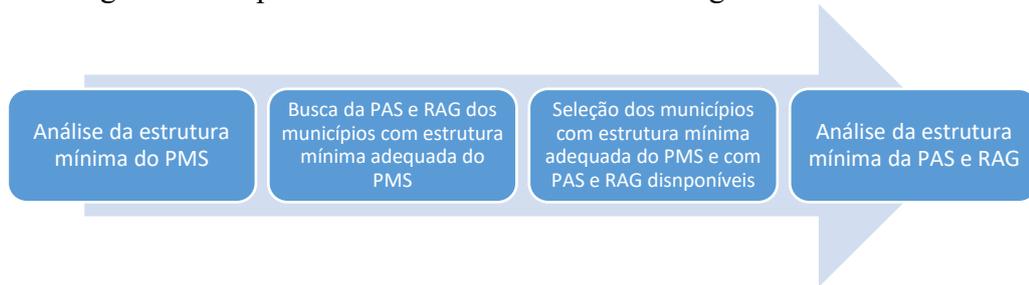
<b>PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS)</b>	<b>PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)</b>	<b>RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)</b>
I – Período de vigência; II – Identificação (esfera correspondente); III – Ato do Conselho de Saúde que avalia o PS; IV - análise situacional, orientada pelos seguintes temas contidos 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; h) gestão; V - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; VI - o processo de monitoramento e avaliação.	I – Período de vigência II - - Identificação (esfera correspondente); III – Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde; IV – Diretrizes, objetivos e indicadores do PS; V – Metas do PS atualizadas/revisadas; VI – Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde VII - Previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.	I - Introdução - Considerações Iniciais; II - Análise e considerações do Gestor sobre Dados Demográficos; III - Análise e considerações sobre Morbidade; IV - Análise e considerações sobre Mortalidade; V - Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS; VI - Análise e Considerações dos Profissionais SUS; VII - PAS e Pactuação da Saúde; e Análise da Execução Orçamentária; VIII - Análise Sobre a Utilização dos Recursos; IX - Análise Sobre os Indicadores Financeiros; X - Análise Sobre Demonstrativo Orçamentário XI - Análise de autoria quando houver; XII - Considerações gerais; XIII - Recomendações para a próxima PAS e/ou redirecionamentos para o PS.

Fonte: Manual de Planejamento no SUS (2016); Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão.

As etapas de análise estão ilustradas na figura 1. A análise da estrutura mínima do PMS foi realizada em todos os municípios (n=295). A análise da PAS e RAG foi feita apenas para aqueles com PMS considerado adequado. Procedeu-se então a análise da estrutura mínima da PAS e RAG, seguindo o check-list (quadro 1).

Os resultados das análises das estruturas mínimas dos instrumentos de gestão foram sistematizados em tabelas com a frequência simples e absoluta dos itens avaliados.

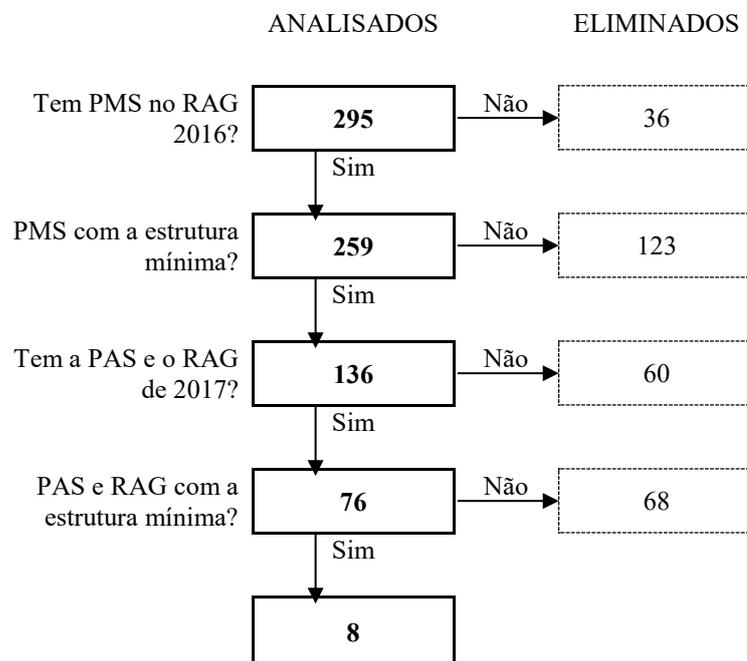
Figura 1 – Etapas da análise dos instrumentos de gestão em saúde.



Optou-se pela análise de estrutura mínima da PAS 2017 anexada ao RAG de 2017 e não do RAG 2016, pois esta prestará contas das ações, serviços e recursos utilizados (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016 pp 107-109).

Após análise de estrutura mínima, foram identificados os municípios que continham a estrutura mínima do PMS, da PAS e RAG. Estes foram submetidos à análise de coerência interna e integração dos instrumentos (figura 2).

Figura 2 - Representação esquemática das etapas de análise dos instrumentos de gestão, com a quantidade de municípios analisados e eliminados da análise.



Deste modo, a análise de coerência interna e integração dos instrumentos foi realizada nos municípios que apresentaram todos os instrumentos no período de buscas, e que possuíam a estrutura mínima prevista nas normas vigentes (BRASIL, 2013;2016).

A análise da coerência interna foi realizada para os Planos Municipais de Saúde (PMS) dos municípios selecionados. RIVERA (1989 p.166) afirma que coerência é a “compatibilidade interna dos diferentes projetos (ou conteúdo internos de um mesmo projeto) que fazem parte de um mesmo programa”.

Considerando os conceitos expostos pelos manuais de planejamento do Ministério da Saúde dos itens do PMS, é possível aferir a existência de uma relação lógica para a construção da estrutura do PMS. Deste modo, identificou-se a necessidade de analisar a coerência interna deste instrumento, ou seja, compatibilidade dos conteúdos internos do PMS (relação lógica na construção de sua estrutura), buscando eliminar as proposições inconsistentes.

Deste modo, foi analisada a coerência entre a relação lógica dos itens do PMS, a análise situacional, os problemas prioritários, e as diretrizes, objetivos, metas e indicadores do PMS. A Análise Situacional tem por objetivo identificar, formular e priorizar problemas em uma determinada realidade. As Diretrizes serão definidas respondendo as necessidades de saúde da população, identificadas na Análise Situacional em forma de políticas e estratégias; os objetivos expressam os resultados desejados e refletem as situações que se desejam alterar pela implementação de estratégias; as metas expressam as medidas de alcance dos objetivos; e os indicadores são um conjunto de parâmetros que avaliam e monitoram uma situação determinada por meio das metas (BRASIL, 2009;2016).

Por fim, considerando o processo cíclico e de ligação entre os instrumentos, foi analisada a integração entre o Planos Municipais de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS); e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

O quadro 3 descreve a forma de análise utilizada na análise de coerência interna do PMS e na análise de integração entre os instrumentos.

Quadro 3 - Análise de coerência interna do PMS e de integração entre os instrumentos de gestão.

<b>Coerência interna PMS</b>	<b>Forma de análise</b>
Análise situacional x Problemas prioritários	Os problemas prioritários foram discutidos, ou apresentam relação com os dados apresentados na Análise Situacional? (Sim/Não)
Problemas prioritários x Diretrizes	(Número de problemas prioritários com diretriz correspondente/Número total de problemas prioritários elencado no PMS) x100
Diretrizes x Objetivos	(Número de objetivos correspondentes com as diretrizes/Número total de diretrizes elencado no PMS) x100
Objetivos x Metas	(Número de metas correspondentes com os objetivos/Número total de objetivos elencado no PMS) x100
Metas x Indicadores	(Número de indicadores correspondentes com as metas/Número total de metas elencadas no PMS) x100

<b>Integração entre os instrumentos</b>	<b>Forma de análise</b>
PMS X PAS	Diretrizes e Objetivos do PMS constam na PAS? São correspondentes?
PAS X RAG	Análise do item - Programação Anual de Saúde e Pactuação da Saúde: Análise e Considerações. Corresponde ao item 7 do RAG de 2017 no SARGSUS.

## **4 RESULTADOS**

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de artigos científicos.

O primeiro artigo intitulado “Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017”, trata da coleta e análise da estrutura mínima conforme normas legais, dos instrumentos de gestão dos municípios de Santa Catarina.

O segundo artigo, intitulado “Análise da coerência interna e integração dos instrumentos de gestão em saúde de municípios do estado de Santa Catarina”, discorre sobre a análise de coerência interna dos Planos Municipais de Saúde e integração dos instrumentos de gestão, dos municípios que possuem todos os instrumentos de gestão e sua estrutura mínima.

4.1 ARTIGO 1 - ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO ELABORADOS PELAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2014 A 2017.

**Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017.**

**Analysis of Management Tools elaborated by the Municipal Health Departments of Santa Catarina from 2014 to 2017.**

**Resumo**

**INTRODUÇÃO.** Os instrumentos de gestão foram instituídos no Sistema Único de Saúde (SUS) como ferramentas norteadoras da gestão, assegurando a participação social na sua elaboração e apreciação. O Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Saúde (RAG) devem ser elaborados conforme a estrutura e prazos definidos no Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). **OBJETIVO.** Analisar a estrutura mínima dos instrumentos de gestão elaborados pelas secretarias municipais do estado de Santa Catarina. **MÉTODOS.** Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter quantitativo, por meio de análise documental. Foram analisados o Plano Municipal de Saúde (PMS) do período de 2014 a 2017; a PAS de 2017 e o RAG referente ao ano de 2017, elaborados pelos 295 municípios de Santa Catarina e anexados ao Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). Para análise estrutura mínima foi utilizado como referencial a Portaria Nº 2.135/13 e o Manual de Planejamento no SUS. **RESULTADOS.** Dos 295 municípios do estado, 288 possuíam o RAG 2016 e destes, 136 a estrutura mínima do PMS conforme legislação. Quanto ao RAG, 248 municípios apresentaram o instrumento, dos quais 125 possuíam a PAS referente ao ano de prestação de contas. Apenas 76 municípios que tinham a estrutura mínima do PMS possuíam o RAG e a PAS, e destes, apenas 8 apresentaram a PAS e o RAG com estrutura mínima proposta na legislação vigente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS.** A maior parte dos municípios não construiu adequadamente os instrumentos de gestão ou não os enviou ao SARGSUS dentro dos prazos estabelecidos. A falta de resoluções de aprovação dos instrumentos por parte dos Conselhos Municipais de Saúde denota a fragilidade da participação social na construção e acompanhamento da execução destes instrumentos, que não têm sido utilizados como norteadores e condutores do processo de tomada de decisões, nem como instrumentos de

aperfeiçoamento da efetividade das ações e avaliação dos serviços de saúde prestados nos municípios catarinenses.

**Palavras-chave:** Planejamento em saúde, Gestão em saúde, Diretrizes para o planejamento em saúde, Planejamento estratégico, Sistema Único de Saúde

### **Abstract**

**INTRODUCTION.** The management tools were established in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) as guiding management tools, ensuring social participation in its elaboration and appreciation. The Health Plan (HP), the Annual Health Schedule (AHS) and the Annual Health Report (AHR) must be prepared according to the structure and deadlines defined in the SUS Planning System (PlanejaSUS). **OBJECTIVE.** To analyze the minimum structure of the management tools elaborated by the municipal secretariats of the state of Santa Catarina. **METHODS** This is an exploratory research of quantitative character through document analysis. The following were analyzed: The Municipal Health Plan (MHP) from 2014 to 2017; the 2017 AHS and the 2017 AHR created by the 295 cities of Santa Catarina and attached to the Management Report Construction Support System (SARGSUS). For the minimum structure analysis was used as a reference the Ordinance No. 2.135 / 13 and the Planning Manual in SUS. **RESULTS.** From the 295 cities in the state, 288 had the AHR 2016 and of these, 136 had the minimum structure of MHP required according to legislation. Regarding the AHR, 248 cities presented the tool, of which 125 had the AHS for the year of accounting. Only 76 cities that had the minimum structure of the MHP had the AHR and the AHS, and of these, only 8 presented the AHS and the AHR with the minimum structure proposed in the current legislation. **FINAL CONSIDERATIONS.** Most cities did not properly build management tools or sent them to SARGSUS within the set deadlines. The lack of resolutions approving the instruments by the Municipal Health Councils indicates the fragility of social participation in the construction and monitoring of the implementation of these tools, which have not been used as guiding and conducting decision-making, nor as instruments for improvement of the effectiveness of actions and evaluation of health services provided in the cities of Santa Catarina.

**Key-words:** Health Planning, Health Management, Guidelines for Health Planning, Strategic Planning, Unified Health System.

## **Introdução**

O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) trata-se de um requisito legal, que expressa as responsabilidades dos gestores das três esferas do governo em relação à saúde da população. As leis 8.080 e 8.142 de 1990 tratam que o planejamento deve ser ascendente e articulado, obedecendo as ações programáticas e a previsão orçamentária do Plano de Saúde (BRASIL, 1990).

Visando o fortalecimento do planejamento no SUS, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2006 o Pacto pela Saúde, que através do Pacto de Gestão, implementou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), que tem por finalidade coordenar o processo de planejamento de forma contínua, participativa, integrada e articulada entre os três entes federativos (BERRETA et al, 2011; BRASIL, 2009).

O PlanejaSUS foi um marco para a consolidação do planejamento no SUS, atribuindo aos gestores locais mais responsabilidades e potencializando os instrumentos de gestão (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão) como norteadores e condutores no processo de tomada de decisões e aperfeiçoamento na efetividade das ações e avaliação dos serviços prestados (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007; VICENTINE et al, 2018).

Com a perspectiva de aperfeiçoar o processo de planejamento, o MS atualizou a Portaria Nº 399/06 e criou a Portaria 2.135/13, que estabeleceu diretrizes para o planejamento do SUS. Esta portaria reafirma o planejamento como ferramenta de construção ascendente, com incentivo a participação da comunidade, compatível com os instrumentos de governo e destacando a utilização dos instrumentos de gestão do SUS (BRASIL, 2013; GALINDO e GURGEL, 2016).

O Plano de Saúde (PS) é o instrumento central de planejamento do gestor, elaborado através das necessidades de saúde da população, considerando entre outras as diretrizes propostas pelos conselhos e conferências de saúde. Possui importante papel de monitoramento e avaliação das ações, embasando-se no planejamento estratégico-situacional (BRASIL, 2016; ARAUJO et al, 2018).

A Programação Anual de Saúde (PAS) operacionaliza as intenções expressas do PS, anualizando suas metas e prevendo a alocação de recursos orçamentários. Deste modo, a PAS apresenta importante compatibilidade com as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do governo (BRASIL, 2016).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) permite ao gestor apresentar os resultados alcançados ou não da PAS, e permite redirecionar as ações do PS, que se fizerem necessário. A elaboração do RAG é realizada com apoio do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS), sítio eletrônico no qual os gestores ou técnicos anexam o PS e a PAS, e o controle social aprecia os instrumentos (BRASIL, 2013; 2016).

Contudo, apesar do reconhecimento da importância dos instrumentos de gestão para o planejamento em saúde, observa-se que há muitos entraves à sua efetivação enquanto base das ações em saúde, como pouca compreensão dos conceitos básicos de construção e utilização dos instrumentos, com consequentes falhas na sua elaboração, dificuldade na integração entre os instrumentos de gestão em saúde, e destes com o Plano Plurianual (PPA) do governo, e práticas de articulação, integração e planejamento ascendente fragilizadas (ANUNCIACÃO E SOUZA, 2011; FREITAS et al, 2013; PINAFO, et al, 2016; MENDES E BITTAR, 2014; PAULO, 2016; GALINDO e GURGEL, 2016).

A descontinuidade administrativa e o contexto político de interesses, aliados à baixa capacitação dos gestores para o planejamento, são fatores que também limitam a utilização dos instrumentos como base do planejamento. Além disso, a fraca participação social, seja no controle social ou como órgão de gestão participativa, agrava ainda mais o distanciamento dos instrumentos de gestão dos seus objetivos (ARAÚJO, et al 2018; RICARDI, et al, 2017; CELUPPI, et al, 2018).

Dada a relevância dos instrumentos de gestão no contexto do planejamento em saúde no SUS, o objetivo desta pesquisa foi analisar a estrutura mínima dos instrumentos de gestão quanto à adequação às normas e sua completude, elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter quantitativo, por meio de análise documental. A análise documental consiste em estudar e analisar documentos selecionados e que não sofreram tratamento analítico com objetivo de compreensão do seu conteúdo, atendo-se às questões de interesse (KRIPKA, 2015).

Os documentos analisados nesta pesquisa foram o Plano Municipal de Saúde (PMS) que compreende o período de 2014 a 2017; a Programação Anual de Saúde (PAS) de 2017 e o

Relatório Anual de Gestão (RAG) referente ao ano de 2017, elaborados pelas 295 Secretarias Municipais de Saúde do estado de Santa Catarina.

Todos os documentos foram obtidos no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS), sistema eletrônico que auxilia os gestores na construção e publicização dos instrumentos de gestão (BRASIL, 2016). O sítio eletrônico do sistema é de domínio público e livre acesso (<https://sargsus.saude.gov.br/>).

Destaca-se que o PMS de 2014-2017 e a PAS 2017 foram elaborados na gestão municipal do período de 2013 a 2016. Estes instrumentos orientaram o primeiro ano de governo da gestão de 2017 a 2020, sendo desta a responsabilidade de construção do RAG 2017.

A busca pelo PMS 2014-2017 ocorreu entre 15 a 20 de outubro de 2018, através da busca do RAG de 2016 (o PMS vem anexado ao RAG), que deveria ter sido entregue até 30 de março de 2017 (BRASIL, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A busca pelo RAG de 2017 e a PAS de 2017 compreendeu os dias 10 a 20 de junho de 2018. Vale ressaltar que o prazo para envio e entrega dos instrumentos ao SARGSUS é até 30 de março do ano correspondente (BRASIL, 2013; 2018).

Após a etapa de busca dos instrumentos, procedeu-se uma leitura integral e criteriosa do conteúdo dos instrumentos encontrados. A análise documental realizada teve como base a Portaria Nº 2.135/13 (BRASIL, 2013) e as informações do Manual de Planejamento no SUS (BRASIL, 2016), a partir dos quais foi construído um check-list (quadro 1) com os itens que deveriam constar nesses instrumentos de gestão analisados. Para a construção do check-list do RAG, consideraram-se os itens da estrutura do SARGSUS que o gestor utiliza para sua construção.

A cada item do check-list foi atribuída uma pontuação igual a 1 (um) caso o item estivesse presente no documento, e igual a 0 (zero) quando não detectado. Foi criada uma planilha no Microsoft Excel com os municípios nas linhas e os itens avaliados nas colunas. A estrutura mínima de cada instrumento de gestão foi considerada adequada apenas na presença de todos os itens e subitens do check-list. Desse modo, era necessário atingir 13 pontos no PMS, 7 pontos na PAS e 13 pontos no RAG.

Quadro 2 – Check-list para análise da estrutura mínima dos instrumentos de gestão em saúde.

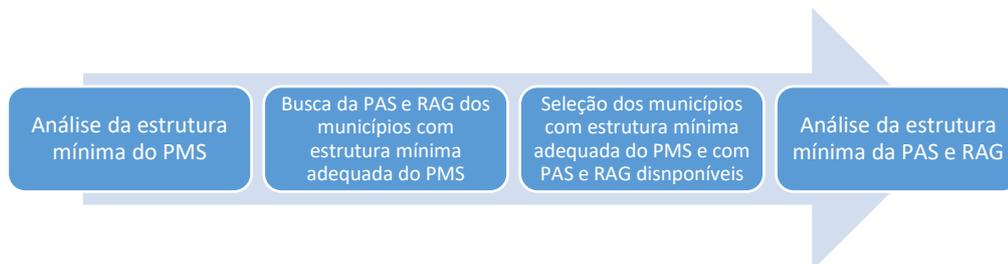
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS)	PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)	RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)
I – Período de vigência; II – Identificação (esfera correspondente); III – Ato do Conselho de Saúde que avalia o PS; IV - análise situacional, orientada pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: a) 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; h) gestão; V - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; VI - o processo de monitoramento e avaliação.	I – Período de vigência II - -- Identificação (esfera correspondente); III – Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde; IV – Diretrizes, objetivos e indicadores do PS; V – Metas do PS atualizadas/revisadas; VI – Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde VII - Previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.	I - Introdução - Considerações Iniciais; II - Análise e considerações do Gestor sobre Dados Demográficos; III - Análise e considerações sobre Morbidade; IV - Análise e considerações sobre Mortalidade; V - Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS; VI - Análise e Considerações dos Profissionais SUS; VII - PAS e Pactuação da Saúde; e Análise da Execução Orçamentária; VIII - Análise Sobre a Utilização dos Recursos; IX - Análise Sobre os Indicadores Financeiros; X - Análise Sobre Demonstrativo Orçamentário XI - Análise de autoria quando houver; XII - Considerações gerais; XIII - Recomendações para a próxima PAS e/ou redirecionamentos para o PS.

Fonte: Manual de Planejamento no SUS (2016); Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão.

As etapas de análise estão ilustradas na figura 1. A análise da estrutura mínima do PMS foi realizada em todos os municípios (n=295). A busca da PAS e RAG foi feita apenas para aqueles com PMS considerado adequado. Procedeu-se então a análise da estrutura mínima da PAS e RAG, seguindo o check-list (quadro 2).

Os resultados das análises das estruturas mínimas dos instrumentos de gestão foram sistematizados em tabelas com a frequência simples e absoluta dos itens avaliados.

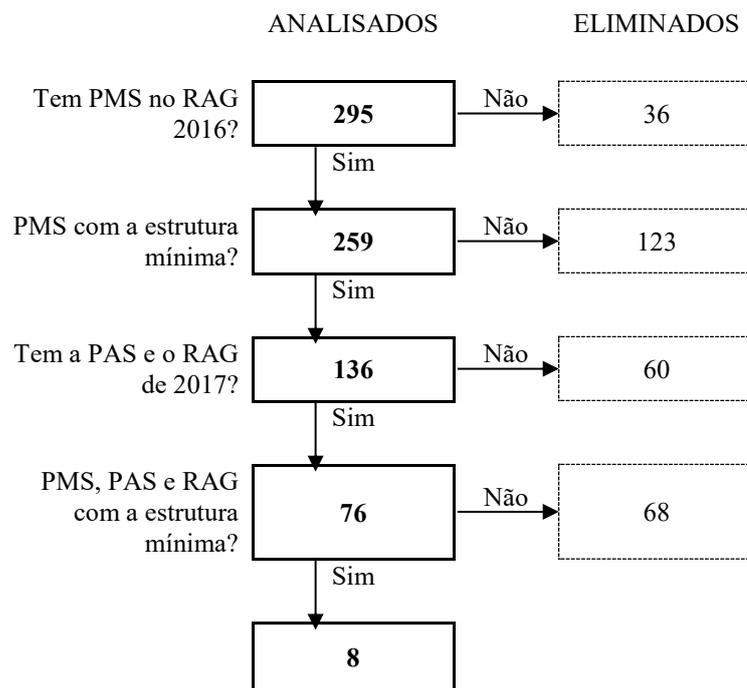
Figura 1 – Etapas da análise dos instrumentos de gestão em saúde.



## Resultados

A partir da coleta de dados, foram localizados os três instrumentos de gestão (PMS, PAS e RAG) de 40% (n=118) dos 295 municípios. Inicialmente, foi localizado o RAG 2016 de 288 dos 295 municípios catarinenses, a partir do qual se buscou o PMS 2014-2017. A figura 2 ilustra o caminho percorrido nas etapas de busca e análise dos instrumentos de gestão.

Figura 2 – Representação esquemática das etapas de análise dos instrumentos de gestão, com a quantidade de municípios analisados e eliminados da análise.



Dos 295 municípios de Santa Catarina, 288 municípios possuíam o RAG 2016, foram encontrados e analisados 259 PMS, 29 municípios não tinham o PMS 2014-2017 anexado no sistema ou o PMS anexado era de outro período, impossibilitando sua análise. Os resultados das análises dos itens do check-list dos instrumentos de gestão encontram-se na Tabela 1, com frequência absoluta e relativa dos itens encontrados nos instrumentos analisados.

As principais inconsistências encontradas na estrutura do PMS foram: anexos do PMS em branco; data de vigência pertencente à outros anos; documentos nomeados como PMS, porém tratam-se do Plano Plurianual (PPA) do governo ou a PAS anexada no espaço de anexo do PMS, municípios sem anexos do PMS, instrumentos sem análise situacional e quadros de metas incompletos ou em branco.

Tabela 1- Frequência absoluta e relativa dos itens encontrados nos instrumentos de gestão avaliados.

ITEM	n	%
<b>PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (n=259)</b>		
Ato do Conselho Municipal de Saúde	207	79,9
Análise situacional completa*	240	92,7
Diretrizes, objetivos, metas e indicadores	175	67,6
Monitoramento e avaliação	185	71,4
<b>PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (n=76)</b>		
Ato do Conselho Municipal de Saúde	64	84,2
Diretrizes, objetivos metas e indicadores do PMS	58	76,3
Metas do PMS anualizadas/revisadas;	71	93,4
Definição das ações para alcance dos objetivos e metas do PMS	73	96,0
Previsão da alocação dos recursos orçamentários	64	84,2
<b>RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (n=76)</b>		
Introdução - Considerações Iniciais	72	96,0
Análise e considerações sobre dados Demográficos	71	93,4
Análise e considerações sobre Morbidade	72	96,0
Análise e considerações sobre Mortalidade	70	92,1
Análise e considerações sobre Prestadores de Serviços	68	89,4
Análise e Considerações dos Profissionais do SUS	68	89,4
PAS e Pactuação da Saúde e Análise da Execução Orçamentária	29	38,1
Análise Sobre a Utilização dos Recursos	64	84,2
Análise Sobre os Indicadores Financeiros	67	84,2
Análise Sobre Demonstrativo Orçamentário	66	86,8
Considerações gerais	73	96,0
Recomendações para a próxima PAS e/ou redirecionamentos para o PMS	71	93,4

\*Análise situacional completa: apresentou dados dos itens: 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; h) gestão.

Fonte: Elaborado pelo autor

Quanto ao RAG e PAS de 2017, 248 municípios (84%) tinham o RAG de 2017 disponível no sistema, dos quais 125 (50,4%) anexaram o arquivo da PAS 2017 no RAG. Foi analisada a estrutura mínima da PAS e RAG dos municípios que que possuíam a estrutura mínima do PMS 2014 a 2017 e que possuíam os 3 instrumentos de gestão disponíveis no sistema, correspondendo a 76 municípios. Os resultados dessa análise também se encontram na tabela 1.

A maior parte dos municípios apresentaram dificuldades na elaboração das Diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) do PMS. Conseqüentemente, considerando sua integração, este item foi o mais inconsistente na PAS (tabela 1).

Além disso, verificamos instrumentos sem preenchimento do item “Previsão da alocação de recursos orçamentários”. Observa-se neste sentido, a falta de conhecimento dos gestores e técnicos sobre a interligação entre os instrumentos de gestão do SUS e os instrumentos de governo. Visto que, a PAS deverá orientar a alocação de recursos para a saúde na LDO e LOA do governo.

Em relação ao preenchimento do RAG 2017, observou-se que 51 municípios não realizaram a totalidade de análises dos itens no relatório (não preencheram os campos de análise dos dados), sendo este composto pelo “esqueleto” de relatório do próprio SARGUSUS, que importa os dados dos demais sistemas de informação do SUS.

O quadro 2 ilustra o preenchimento de alguns RAG no campo final de “Análise e considerações gerais sobre o Relatório de Gestão” (item 11 do relatório), composto por dois subitens: 11.1 Considerações Gerais; e 11.2 Recomendações para a próxima Programação Anual de Saúde e/ou redirecionamentos para o Plano de Saúde). Neste item, tendo como base o conjunto de análises realizadas no RAG, o gestor apontará possíveis adequações das ações do PMS ou PAS para o próximo exercício (BRASIL, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Neste campo, encontramos análises como “xxx”, “...”, “ok” ou outra frase sem qualquer sentido para este item, e que não avalia as ações realizadas, verificamos desta forma a depreciação ou desrespeito deste instrumento de gestão, minimizando sua importância, além da falta de fiscalização dos órgãos responsáveis.

Alguns municípios referem não possuir a PAS, instrumento que deveria ser objeto de análise deste relatório (de 2017) e enviado com os devidos redirecionamentos para o conselho de saúde e orientação da próxima PAS (de 2018) e posteriormente a LDO em abril no referido ano.

Apesar de algumas análises apresentarem a necessidade de recomendações para os próximos instrumentos, não foi encontrado quais serviços e/ou ações devem ser redirecionadas ou revistas para o próximo ano. Sugerindo que seu objetivo de preenchimento apenas obedeceu a fins de obrigatoriedade normativa, sem considerar seu objetivo de monitoramento e avaliação.

A frase “Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde são instrumentos importantes para o planejamento. Agora com blocos de Custeio e Investimentos facilita o planejar”, reafirma o desconhecimento ou desrespeito dos responsáveis pela elaboração dos instrumentos de gestão. Apesar de afirmar a importância do PMS e da PAS, não se faz qualquer citação de redirecionamentos dos instrumentos, conforme solicita o item. Além disso, reduz a

importância do planejamento das ações, seu monitoramento e avaliação, declarando que a capacidade de planejar se resume apenas a utilização de recursos dos blocos de financiamento.

A última frase do quadro 2 expressa a dificuldade dos responsáveis na análise e considerações dos indicadores do Pacto pela Saúde (item 7 do RAG). No período referido a interoperabilidade entre o SARGSUS e o SISPACTO dificultou a análise dos indicadores pelos técnicos/gestores. Porém, os resultados destes indicadores poderiam ser encontrados no Sistema de Informações do estado de Santa Catarina (<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/gestores-da-saude>). Reiterando a falta de qualificação adequada para o cargo/setor de planejamento ou gestão.

Por fim, apenas oito municípios possuíam estrutura mínima adequada nos três instrumentos de gestão analisados, no universo de 295 municípios de Santa Catarina.

Quadro 4 - Exemplos de preenchimento do campo “Recomendações para a próxima Programação Anual de Saúde e/ou redirecionamentos para o Plano de Saúde” do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2017.

<p>“xxxx”; “...”; “ok”</p> <p>“Nada a comentar”</p> <p>“Sem recomendações”; “Nenhuma recomendação”; “Não há”</p> <p>“Até o momento não temos Programação Anual de Saúde”</p> <p>“Elaborar programação anual de saúde”</p> <p>“PAS 2018”</p> <p>“O plano está de acordo com o previsto na legislação”</p> <p>“Que esta análise se aprimorada, revista para o próximo ano”</p> <p>“Iniciamos os trabalhos do Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde”</p> <p>“Seria interessante se cada link, se cada indicador fosse o responsável da informação que pudesse fazer o devido comentário, assim sendo cada profissional teria uma identificação pessoal e o gestor só conferia as colocações e autorizava enviar pr conselho”</p> <p>“Recomenda-se a compatibilização da Programação anual de saúde com o orçamento municipal”</p> <p>“Algumas adequações precisam ser implementadas e o outras devem ser revistas para o próximo ano”</p> <p>“Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde são instrumentos importantes para planejamento. Agora com blocos de Custeio e Investimentos facilita o planejar.”</p> <p>“Os dados epidemiológicos devem estar disponíveis no mesmo momento em que o programa abre para os municípios preencherem”</p>
---

## Discussão

O SARGSUS é uma plataforma de apoio aos gestores que além de auxiliá-los na construção dos instrumentos de gestão, é um importante meio de transparência aos cidadãos, sendo seu preenchimento obrigatório. Neste sitio eletrônico é possível encontrar o PMS, a PAS e o RAG, além das Resoluções dos Conselhos de Saúde que emitem parecer conclusivo das contas, metas e ações propostas pelo gestor (BRASIL, 2013). O SARGSUS trouxe grandes contribuições para os gestores, facilitando o processo de elaboração do relatório a partir da interoperabilidade com outros sistemas de informação do SUS, trazendo a estrutura mínima requerida na legislação vigente. Com o SARGSUS, o gestor produz e envia os instrumentos para apreciação do Conselho de Saúde por meio eletrônico. Além disso, auxilia no sentido de atender aos prazos legais de sua apresentação junto aos respectivos Conselhos de Saúde e aos demais órgãos de controle externo (BRASIL, 2017).

Apesar disso, observou-se neste estudo além da indisponibilidade de instrumentos no sistema, a presença de muitos problemas na estrutura mínima dos instrumentos analisados, indicando uma fragilidade do seu desenvolvimento e utilização conforme preconizado na legislação. Almeida e Souza (2013) referem que a gestão apresenta fragilidades no desenvolvimento e aplicação dos instrumentos de gestão, apresentando estrutura fragilizada e utilizando os instrumentos de forma parcial. Apesar dos gestores terem conhecimento do RAG, a sua utilização para o planejamento se demonstra incipiente e normativa (PINAFO et al, 2016).

O fato de 20% dos municípios que continham o PMS não apresentarem a Ata do Conselho Municipal de Saúde com a aprovação do mesmo denota a fragilidade do controle social nos municípios. O Conselho de Saúde, como órgão fiscalizador paritário, que atua na formulação de estratégias e no controle e execução das políticas e de recursos orçamentário, tem poder para contestar e questionar a prestação de contas e das políticas de saúde. Contudo, em muitos casos seu papel no controle social apresenta-se incipiente, limitando-se apenas como órgão de aprovação dos instrumentos, sem participação nas tomadas de decisões e arranjos operacionais do sistema (BRASIL, 1990; KLEBA et al, 2015; ARAUJO, 2010).

Para Kleba et al. (2015) o PMS é referido na Ata dos conselhos de saúde apenas para sua aprovação e deliberação, sem menção de instrumentalizar o monitoramento e avaliação das políticas discutidas e aprovadas no PMS. Deste modo, os conselhos de saúde, que são importante espaço de democracia representativa, acabam constituindo apenas espaços de aprovação de documentos e seguem pautas manejadas por gestores, que muitas vezes são

presidentes do CMS (FLINKER e RIBEIRO, 2014). A Resolução N° 333/03 do Conselho Nacional de Saúde dispõe entre outras sobre a obrigatoriedade da paridade dos conselhos, e quanto a sua coordenação, coloca que o Presidente deve ser “(...) eleito entre os membros do conselho”, não havendo, portanto impedimento da figura do gestor coordenar o CMS. Evidencia-se nestes casos um conflito de cargos/interesses, pois o próprio gestor fiscaliza e delibera sobre sua própria gestão (BRASIL,2003; TCE/SP p. 31, 2004).

No estudo de Saliba et al. (2009), apesar da maior parte dos conselheiros relatar pouca dificuldade de analisar documentos, relatórios e orçamentos, cerca de 54,8% nunca participaram de uma reunião sobre orçamento. Além disso, não se encontra por parte dos conselhos de saúde participação na elaboração e fiscalização dos planos de saúde.

Na construção do RAG 2017 dos municípios de Santa Catarina, 26% dos presidentes dos CMS eram gestores e 35% usuários. Segundo o estudo de Silva Junior (2016) que analisou o controle social por meio do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), 34% dos CMS do Brasil são coordenados por gestores, e ao contrário do que dispõe as normativas, 25% dos CMS não são paritários, dificultando a fiscalização por parte do controle social.

Embora não tenha sido objeto desta pesquisa, verificou-se como nos estudos acima a pouca participação dos conselhos de saúde no controle, planejamento e fiscalização do governo, denotando a fragilidade do controle social, e evidenciando a necessidade de educação permanente aos usuários e profissionais que compõem esses conselhos, para que se apropriem dos conhecimentos necessários para participar de forma mais efetiva nesse processo.

O Plano Municipal de Saúde consiste no instrumento central de planejamento, que consolida as políticas prioritárias do governo através das suas intenções e resultados esperados, embasado por análise situacional (BRASIL, 2009;2016). No PMS do período de 2014 a 2017, verificou-se que 53% dos municípios não se adequaram a estrutura mínima disposta em legislação.

Carvalho (2014) relata que a elaboração do PMS se caracteriza por um modelo normativo, ou seja, segue o disposto de documentos orientadores para sua construção, porém não é utilizado para nortear a gestão. Importante ressaltar que conforme o parágrafo III do Art.4º, da Lei 8.142/90, para que os municípios recebem recurso é necessário entre outros, contar como o Plano de Saúde (BRASIL, 1990). É possível aferir que a maioria dos municípios de Santa Catarina elabora o PMS utilizando-se de uma racionalidade normativa, ou seja, apenas para fins de cumprimento da lei.

Resultados semelhantes foram encontrados por Knies et al. (2016), que ao analisar o PMS, verificaram que a construção da análise situacional apresentou dados epidemiológicos, porém sem avaliação crítica da situação de saúde do município, e que não gerou informações consistentes para estabelecer objetivos e metas. Já Galindo e Gurgel (2016) encontraram inconsistências entre os problemas elencados na análise situacional, e nas diretrizes e objetivos do PMS.

Por consequência, a construção do PMS embasado na racionalidade normativa, com participação social deficiente e sem considerar seu objetivo principal que é a planificação das políticas em saúde dos municípios, influenciará na elaboração e compreensão da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão pelo gestor e conselho de saúde.

Visto isso, dos 295 municípios, apenas 76 enviaram a PAS e o RAG 2017 para análise e apreciação do CMS no período de coleta. Deste total, oito municípios possuíam estrutura mínima conforme legislação. Entre as inadequações encontradas, verificou-se a existência de instrumentos com data de vigência de anos anteriores, anexos de aprovação do CMS pertencentes a outros documentos, e inconsistências na tabela de ações.

A PAS tem por objetivo anualizar as ações do PMS, e planificar sobre os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo plano. Além disso, esta programação orientará a construção das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do governo, que tem por objetivo integrar o PPA e a LOA, além de estabelecer as metas e as prioridades da Administração Pública para o seguinte ano (BRASIL, 2016 pp.78-79,111).

Os resultados das ações propostas e execuções orçamentárias da PAS deverão ser expressas e justificadas no Relatório Anual de Gestão. O RAG, sendo um importante meio de transparência e de controle social, não deve ser um fim em si mesmo, ou seja, não basta realizar seu preenchimento no sistema para cumprir as obrigações legais, como se fosse um fardo. Ele que vai orientar a elaboração da nova PAS, e vai orientar os necessários ajustes no PMS, tornando-se a principal ferramenta para subsidiar o processo de monitoramento e avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde (UFMA, 2016; BRASIL, 2016). Ainda que a análise da adequação da estrutura mínima aqui proposta não tivesse como objetivo a análise da qualidade das informações preenchidas pelos municípios, chamou a atenção o descaso com o preenchimento deste documento tão importante do planejamento municipal em saúde, e por isso a necessidade de destacar algumas das inconsistências observadas. Não só não realizam a análise necessária do que foi (ou não) realizado, como não orientam qualquer ajuste no PMS e muito menos subsidiam a construção da PAS do ano seguinte, indicando assim como em outros

estudos (ALMEIDA e SOUZA, 2013; KLEBA et al, 2015; VICENTINE et al, 2018), que os instrumentos são preenchidos apenas para a garantia do repasse de recursos, não sendo utilizados no processo de planejamento dos municípios, reforçando a ausência de cultura de planejamento. Além disso, reforçando mais uma vez que há fragilidade no controle social, que aprova esses instrumentos com deficiências graves no seu preenchimento.

A desconexão dos instrumentos com a execução das ações, e sua consequente avaliação, também parece evidente em alguns municípios, quando não há “nada a comentar” nos campos de análise do RAG, ou quando “não há recomendações” para ajustes do PMS ou para a elaboração da PAS. Mais uma vez, reforça-se que o planejamento nos municípios tem seguido uma lógica mais normativa do que estratégica. A falta de estabilidade no cargo de gestor ou do técnico em planejamento contribui para desvalorização do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão (FENILI et al, 2017; BARBOSA et al, 2017). No estudo avaliativo de Berreta et al. (2012), observou-se que mais da metade dos profissionais que atuavam no planejamento nos municípios catarinenses não possuíam qualificação adequada, sendo em sua maioria profissionais não efetivos, resultando na descontinuidade no planejamento, reduzindo sua importância. No cenário municipal, nem sempre há constituição de equipe própria da área de planejamento, o que certamente tem reflexos ao processo de planejamento local (CARVALHO, 2014).

### **Considerações finais**

O planejamento em saúde por meio dos instrumentos de gestão foi um marco para consolidação da planificação para o SUS. Porém, o funcionamento efetivo dependerá do interesse e conhecimento dos gestores e do controle social.

Identificou-se que a maior parte dos municípios não construíram os instrumentos de gestão, apresentando primeiramente falha no planejamento local a nível de município, além dos níveis estadual e federal, visto que é de responsabilidade dos mesmos a fiscalização descendente.

Quanto a construção da estrutura mínima, constatamos que os municípios não se adequaram quanto a sua elaboração, apesar das capacitações e dos modelos padronizados do MS e secretaria estadual. Apresentando maiores dificuldades na elaboração das DOMI do PMS, da PAS e sua avaliação pelo RAG. É crítica a quantidade de municípios que enviaram e possuíam a estrutura mínima preconizada pelas normativas. Apesar de associado a elaboração

dos instrumentos de gestão com a transferência de recursos, verificamos a falta de fiscalização e a irrelevância apresentada ao planejamento pelos entes federativos.

Outro ponto importante a ser destacado é posição dos gestores a frente da coordenação dos conselhos municipais de saúde. Conforme a legislação, não há proibição do mesmo assumir este cargo, porém como já abordado, seria inapropriado o presidente do conselho fiscalizar sua própria gestão, além do jogo de poder implícito na imposição de pautas e deliberações.

Visto isso, é necessário identificar e analisar como estão dispostos os conselhos municipais de saúde, suas dificuldades e fragilidades, e deste modo buscar auxílio dos conselhos estaduais e nacional de saúde, fortalecendo o controle social e o planejamento local em saúde.

Os instrumentos de gestão em saúde não podem ser apenas documentos a serem burocraticamente preenchidos, sem conexão com a realidade. É necessário institucionalizar a sua construção e seu uso efetivo no planejamento e execução das ações em saúde, orientando a alocação de recursos orçamentários e identificando as fragilidades e necessidades de ajustes de acordo com a realidade da população

### **Referências Bibliográficas**

ALMEIDA, ARC de; SOUZA MKB de. Processo de construção e análise dos relatórios anuais de gestão: dificuldades, avanços e desafios. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 852-868, out./dez. 2013. Disponível em < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n4/a4482.pdf>> acesso em 23 de jun. 2019.

ANUNCIAÇÃO, FC da; SOUZA, MKB da. Planejamento em saúde: Percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, p. 845-858, out./dez. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-s0104-12902017170046.pdf>>. Acesso em 23 de jun. 2019.

ARAÚJO, MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 27, n. 3, p.230–6, 2010.

ARAÚJO, RF de, et al. Avaliabilidade da compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n.118, p.566-578, Set. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000300566&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300566&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 23 Jun. 2019.

BARBOSA, NCT et al. Educação em saúde: o uso da matriz swot para análise de projetos. *Rev. Enferm. UFPE on line. Recife*, v.11, n. 11, pp 4298-304, nov., 2017.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993: Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução do Conselho Nacional da Saúde (CNS) n. 333/2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para a elaboração de instrumentos de planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013: Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 2 de 2018 – CGAIG/DAI/SE/MS. Esclarecimentos acerca das instabilidades do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS), Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio à construção do Relatório Anual de Gestão (SARGSUS). Disponível em <[https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS\\_TOKEN=B84R-RN92-DO24-NA8N-PCKR-VOPB-UHP6-SASJ](https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS_TOKEN=B84R-RN92-DO24-NA8N-PCKR-VOPB-UHP6-SASJ)> Acesso em 23 de jun de 2018.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso – SES.MT.Secretaria de Gestão Estratégica.Superintendência de Políticas de Saúde.Coordenadoria de Gestão da Política de

saúde. Cartilha de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2014.

BERRETTA, IQ; LACERDA, JT de; CALVO, MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n.11, p. 2143-2154, Nov. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 Jun. 2019.

CARVALHO, EMR. Usos e “desusos” do planejamento: uma análise sobre planos municipais de saúde. 2014. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade federal da Bahia, Bahia.

CELUPPI, IC et al. Formação de gestores: planejamento, financiamento e regionalização do SUS. Rev. Ciênc. Ext. v. 14, n. 4, p. 156-164, 2018. Disponível em <[http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/1928](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1928)> acesso em 29 jun. 2019.

FENILI R, et al. Planejamento Estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. Revista Eletrônica & Saúde (Brasília), v. 8, n. 1, p. 18-36, 2017.

FLINKER, RU; RIBEIRO, ER. Controle social da saúde no Brasil. Caderno saúde e desenvolvimento, v. 3, n. 2, jul./dez. 2014. Disponível em <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/201/237>> acesso em 23 jun. 2019.

FREITAS, GM; BARATIERI, T; PILGER, C. Planos de Saúde dos municípios de uma regional de saúde do Paraná. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 3, n. 1, p. 122-132, jan./abr. de 2013. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/7716>>. Acesso em 23 de jun. 2019.

GALINDO, Aureliane Cadengue; GURGEL, Aline do Monte. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, [S.l.], v. 10, n. 4, dec. 2016. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1155>>. Acesso em: 23 jun. 2019

GODOY, A. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. RAE – Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.5, n.3, pp. 20-29, 1995.

KLEBA, ME; COMERLATTO, D; FROZZA, KM. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 1059-1079, ago. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122015000401059&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122015000401059&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 23 de jun. 2019.

KNIES, SR; UNFER, B; LIMA, RR de. Avaliação do plano municipal de saúde como instrumento de planejamento e gestão: estudo de caso. In: Anais do salão internacional de

ensino, pesquisa e extensão, v.8, n.2, Unipampa, 2016. Disponível em <<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/18446>> acesso em 23 jun. 2019.

KRIPKA, RML, et al. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. Revista de investigaciones UNAD Bogotá, n.14, jul 2015.

MENDES, JDV; BITTAR, OJNV. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 35-39, abr. 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/18597>>. Acesso em 23 jun. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Articulação Interfederativa. Manual do usuário para o Relatório de Gestão. Versão 6. Brasília-DF, 2017.

PAULO, LFA. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 981-1007, Set. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000300981&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300981&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 Jun. 2019.

PINAFO, E et al. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. Espaço para Saúde. Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 17, n. 1, p. 130-137, jul. 2016.

RICARDI, LM; SHIMIZU, HE; SANTOS, LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 155-170, Set. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 Jun. 2019.

SALIBA, NA et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, Dez. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122009000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 jun. 2019.

SALIBA, NA.et al. Plano Municipal de Saúde: Análise do instrumento de gestão. Biosci. J Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 224-230, jan./fev. 2013. Disponível em <<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/15054>> acesso em 23 de jun. 2019.

SILVA JUNIOR, ER. Controle social na saúde pública: a relação entre as características dos conselhos de saúde e o resultado da análise do relatório anual de gestão. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Gestão Pública) – Diretoria de formação profissional. Escola Nacional de Administração Pública, Brasília-DF.

TREVISAN, L; JUNQUEIRA, LAP. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, Ago. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 Jun. 2019.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. Guia de orientação aos membros do conselho municipal de saúde. São Paulo, 2004.

VICENTINE, F; DELATORRE, T; FELTRIN, A; NAKATA, L; SOARES, L; FERREIRA, J Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 51, n. 1, p. 1-11, 4 set. 2018. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/150073>> acesso em 23 jun. 2019.

## 4.2 ARTIGO 2 - ANÁLISE DA COERÊNCIA INTERNA E INTEGRAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO EM SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

### **Análise da coerência interna e integração dos instrumentos de gestão em saúde de municípios do estado de Santa Catarina**

### **Analysis of internal coherence and integration of health management tools in the cities of the state of Santa Catarina**

#### **Resumo**

**INTRODUÇÃO.** Com base nos aspectos teóricos de autores como Mario Testa e Carlos Matus, a construção do planejamento estratégico no Brasil possibilitou a efetivação do Plano Municipal de Saúde (PMS), da Programação Anual de Saúde (PAS), e do Relatório Anual de Gestão (RAG) como instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar das normativas orientarem a construção desses instrumentos de forma integrada e coerente, na prática os estudos têm encontrado falhas nesse processo de construção. **OBJETIVO.** Analisar a coerência interna dos Planos Municipais de Saúde, e a integração entre os instrumentos de gestão em saúde dos municípios de Santa Catarina **MÉTODOS.** Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter quantitativo, por meio de análise documental. Os documentos analisados nesta pesquisa são o PMS Saúde do período de 2014 a 2017; a PAS de 2017 e o RAG referente ao ano de 2017 elaborados pelos 295 municípios de Santa Catarina e anexados ao Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGUSUS). A análise foi realizada em 3 etapas: análise da estrutura mínima dos instrumentos, análise de coerência interna e análise da integração entre os instrumentos. **RESULTADOS.** Dos 295 municípios, apenas oito tinham entregado os instrumentos com a estrutura mínima adequada. Na análise de coerência interna, observou-se ausência de capítulo para definição dos problemas prioritários; desconexão entre diretrizes e objetivos; entre objetivos e metas; e entre metas e indicadores. A integração entre o PMS e a OPAS ocorreu em quatro municípios, e entre a PAS e o RAG em apenas três municípios. **CONSIDERAÇÕES FINAIS.** Foram detectadas diversas inconsistências na análise de coerência interna e de integração entre os instrumentos. Considerando a implementação do novo sistema de planejamento e as atualizações realizadas até o momento, os achados deste

estudo demonstram a necessidade de capacitar e submeter aos técnicos/gestores, métodos de análise situacional e priorização dos problemas para implementação de políticas de saúde mais coerentes. Por fim, é necessário por parte dos estados, união, conselhos estaduais e nacionais, maior aporte e auxílios aos municípios, para que a cultura do planejamento se consolide no SUS.

**Palavras-chave:** Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Planejamento Estratégico; Sistema Único de Saúde.

### Abstract

**INTRODUCTION.** Based on the theoretical aspects of authors such as Mario Testa and Carlos Matus, the construction of strategic planning in Brazil enabled the implementation of the Municipal Health Plan (MHP), the Annual Health Schedule (AHS), and the Annual Management Report (AMR) as management tools of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). Although regulations guide the construction of these instruments in an integrated and coherent way, in practice, studies have found flaws in this construction process. **OBJECTIVE:** To analyze the internal coherence of the Municipal Health Plans, and the integration between the health management tools of the cities of Santa Catarina. **METHODS.** This is an exploratory research of quantitative character through document analysis. The documents analyzed in this research are the MHP from 2014 to 2017; the AHS from 2017 and the AMR from 2017 prepared by the 295 cities of Santa Catarina and attached to the Management Report Construction Support System (SARGSUS). The analysis was performed in 3 steps: analysis of the minimum structure of the tools, analysis of internal coherence and analysis of the integration between the tools. **RESULTS.** Of the 295 cities, only eight had delivered the instruments with the appropriate minimum structure. In the analysis of internal coherence, there was no chapter to define the priority problems; disconnection between guidelines and objectives; between objectives and goals; and between goals and indicators. The integration between MHP and AHS occurred in four cities, and between AHS and AMR in only three cities. **FINAL CONSIDERATIONS.** Several inconsistencies were detected in the analysis of internal coherence and integration between the tools. Considering the implementation of the new planning system and the updates made so far, the findings of this study demonstrate the need to train and submit to technicians / managers, situational analysis methods and prioritization of problems for the implementation of more coherent health policies.

Finally, it is necessary on the part of the states, union, state and national councils, greater contribution and aid to the cities, so that the planning culture is consolidated on SUS.

**Key-words:** Health Planning; Health Management; Strategic planning; Unified Health System.

## **Introdução**

A discussão em torno do planejamento em saúde no Brasil inicia-se antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a Reforma Sanitária, o enfoque estratégico de planificação surge como tema de debate e pesquisas pelas academias, relacionadas à condução de gestão e produção de conhecimento em saúde (LEVCOVITZ et al., 2003).

Neste contexto, o enfoque estratégico destaca-se pelas contribuições de Mario Testa e Carlos Matus. De acordo com Testa, os problemas de saúde são socialmente determináveis, e dependem dos atores sociais envolvidos, seus conflitos, interesses e relações de poder. O autor desenvolveu o Postulado de Coerência, que define a relação lógica entre propósitos, métodos para alcançá-los e a organização das instituições que se encarregam para realizá-los (RIVERA, 1989, p. 85).

Carlos Matus discute a interação dos múltiplos atores envolvidos na situação-problema, a governabilidade e a utilização de ferramentas operacionais para o seu enfrentamento. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) rompe com a ideia de planejamento em etapas sequenciais e propõe que as etapas se desenvolvem simultaneamente e integradas, desenvolvendo o conceito dos momentos de planificação (BRASIL, 2016; RIVERA, 2012).

Com a implantação do SUS, o enfoque estratégico é adotado ou adaptado ao longo da sua existência. Segundo as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), o planejamento estratégico integra a agenda de compromissos dos entes federativos, além de firmar a participação social, através dos Conselhos de Saúde (CS) como órgão de formulação de estratégias, controle e execução de políticas em saúde (BRASIL, 1990; 2016). Além disso, as LOS determinam a elaboração do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão, vedando a transferência de recursos orçamentários, na ausência destes instrumentos de gestão (BRASIL, 1990).

Visando qualificar o planejamento em saúde, em 2006 surge o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), uma estratégia com objetivo de melhorar a resolubilidade e qualidade da gestão, promovendo a articulação entre as três esferas de governo, além de unificar os modelos básicos de instrumentos de planejamento, englobando o processo de

monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006; 2016; SALIBA et al, 2013; REISDORFER, E et al, 2012). O PlanejaSUS institui os instrumentos de gestão (Plano de Saúde, Programação de Saúde e Relatório de Gestão) como base de funcionamento do sistema de planejamento do SUS, e reforça o processo de elaboração sequencial e integrado entre os instrumentos respeitando os prazos estabelecidos, compondo assim um processo cíclico (BRASIL, 2006, 2013).

O Decreto 7.508/11 consolida a obrigatoriedade do planejamento para os entes federados de forma ascendente e integrada, e orientado pelas necessidades de saúde da população, compatibilizando as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2011).

Embora o arcabouço legal do planejamento no SUS esteja bem definido, na prática, a integração entre estes diversos instrumentos de planejamento e sua efetiva utilização como base das ações em saúde representa um grande desafio a ser superado (AMORIM, 2016). Os estudos têm apontado a existência de dificuldades por parte dos gestores tanto na elaboração como na utilização dos instrumentos de gestão (SALIBA et al, 2013; NASCIMENTO e EGRY, 2017; PESSOA, 2017; VIEIRA,2009).

Por exemplo, no estudo de Ávila (2015), identifica-se pouca integração entre o RAG e a PAS. Segundo a autora, os secretários de saúde utilizam o RAG apenas para prestação de contas, e quanto às ações elaboradas na PAS, os municípios não documentam o mais importante: “o que foi e o que não foi feito; o que deverá ser ajustado...”. Para Schons (2015) a integração do Relatório Quadrimestral para fins de aprimoramento e execução do PMS através de análises, não é fator de preocupação de gestores e equipe técnica.

De acordo com FENILI et al (2017) que discutem o enfoque estratégico no setor de regulação, um dos desafios para o planejamento estratégico é “...assegurar coerência entre a estratégia, o planejamento, a formulação e execução das políticas públicas” (CARNEIRO, 2009, APUD FENILI et al, 2017).

Assim, compreendendo a relevância do enfoque estratégico para o planejamento no SUS, e considerando as dificuldades na sua utilização, esta pesquisa tem por objetivo analisar a coerência interna dos Planos Municipais de Saúde, e a integração entre os instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão) dos municípios de Santa Catarina.

## Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, qualitativa e quantitativa. Utilizou-se a análise documental para exploração dos documentos, compreensão e identificação do conteúdo de interesse (KRIPKA, 2015).

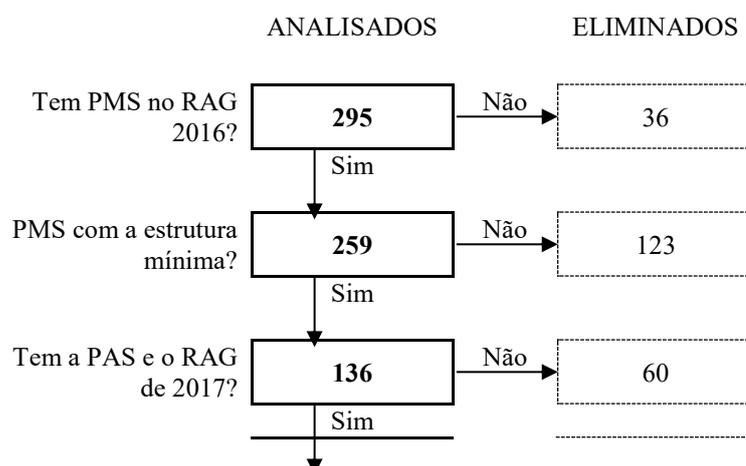
Os documentos analisados foram: o Plano Municipal de Saúde do período de 2014 a 2017; A Programação Anual de Saúde de 2017 e o Relatório Anual de Gestão referente à 2017 dos 295 municípios do estado de Santa Catarina e disponíveis no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS).

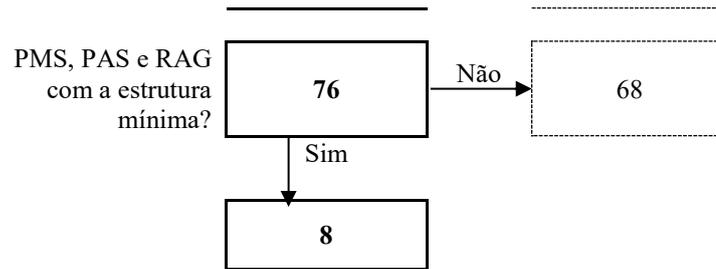
A escolha dos instrumentos e o período para análise desta pesquisa, correspondem ao processo de elaboração disposto na Portaria Nº 2.135/2013, em que os instrumentos de gestão “...interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS” (BRASIL, 2013 Art. 2º § 1º). A elaboração de cada instrumento deve obedecer a seu prazo específico conforme disposto nas normas vigentes (BRASIL, 2016 p. 111-113).

O período de buscas pelo RAG de 2017 e a PAS de 2017 compreendeu os dias 10 a 20 de junho de 2018, lembrando que o prazo para envio e entrega do RAG 2017 pelos municípios era até 30 de março de 2018. A busca pelo RAG 2016 e o PMS 2014-2017 ocorreu entre 15 a 20 de outubro de 2018, que deveria ter sido entregue até 30 de março de 2017 (BRASIL, 2013; 2018).

Foram incluídos neste estudo apenas os municípios que possuíam os 3 instrumentos de gestão com a estrutura mínima preconizada na legislação, conforme identificado em outro estudo (figura 2)

Figura 2 – Representação esquemática das etapas de análise dos instrumentos de gestão, com a quantidade de municípios analisados e eliminados da análise.





A análise da coerência interna foi realizada para os Planos Municipais de Saúde (PMS) dos municípios selecionados. RIVERA (1989 p.166) afirma que coerência é a “compatibilidade interna dos diferentes projetos (ou conteúdo internos de um mesmo projeto) que fazem parte de um mesmo programa”.

Foi analisada a coerência entre a relação lógica dos itens do PMS, a análise situacional, os problemas prioritários, e as diretrizes, objetivos, metas e indicadores do PMS. A Análise Situacional tem por objetivo identificar, formular e priorizar problemas em uma determinada realidade. As Diretrizes serão definidas respondendo as necessidades de saúde da população, identificadas na Análise Situacional em forma de políticas e estratégias; os objetivos expressam os resultados desejados e refletem as situações que se desejam alterar pela implementação de estratégias; as metas expressam as medidas de alcance dos objetivos; e os indicadores são um conjunto de parâmetros que avaliam e monitoram uma situação determinada por meio das metas (BRASIL, 2009;2016).

Por fim, considerando o processo cíclico e de ligação entre os instrumentos, foi analisada a integração entre o Planos Municipais de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS); e o Relatório Anual de Gestão.

O quadro 3 descreve a forma de análise utilizada na análise de coerência interna do PMS e na análise de integração entre os instrumentos.

Quadro 3 – Análise de coerência interna do PMS e de integração entre os instrumentos de gestão.

Coerência interna PMS	Forma de análise
Análise situacional x Problemas prioritários	Os problemas prioritários foram discutidos, ou apresentam relação com os dados apresentados na Análise Situacional? (Sim/Não)
Problemas prioritários x Diretrizes	$(\text{Número de problemas prioritários com diretriz correspondente} / \text{Número total de problemas prioritários elencado no PMS}) \times 100$
Diretrizes x Objetivos	$(\text{Número de objetivos correspondentes com as diretrizes} / \text{Número total de diretrizes elencado no PMS}) \times 100$

Objetivos x Metas	(Número de metas correspondentes com os objetivos/Número total de objetivos elencado no PMS) x100
Metas x Indicadores	(Número de indicadores correspondentes com as metas/Número total de metas elencadas no PMS) x100
<b>Integração entre os instrumentos</b>	<b>Forma de análise</b>
PMS X PAS	Diretrizes e Objetivos do PMS constam na PAS? São correspondentes?
PAS X RAG	Análise do item - Programação Anual de Saúde e Pactuação da Saúde: Análise e Considerações. Corresponde ao item 5 do RAG de 2017 no SARGSUS.

## Resultados

Apesar de não ser objeto de estudo desta pesquisa, é importante destacar que apenas oito municípios se adequaram quanto à entrega e adequação da estrutura mínima dos instrumentos de gestão em saúde no prazo e conforme legislação.

Quanto a característica destes municípios, cinco possuem população abaixo de 5.000 mil habitantes, os demais municípios com população entre 10.000 a 20.000, 30.000 a 40.000 e acima de 50 mil habitantes. A maior parte dos municípios pertencem à Macrorregião Grande Oeste (5), os outros municípios pertencem às Macrorregiões Meio Oeste, Sul e Foz do Rio Itajaí (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012;2018).

Quanto ao tipo de gestão, de acordo com documentos encontrados no sítio eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde, todos os municípios de Santa Catarina assinaram o Pacto de Gestão, porém nenhum dos oito municípios se organizaram como Gestão Plena, seis municípios se apresentavam como gestão transferida e dois municípios não tinham assinado o Termo de Compromisso pela Gestão (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2013).

Destes, apenas dois (25%) não apresentaram nos problemas prioritários dados levantados e discutidos na Análise Situacional (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultados da análise de coerência interna do PMS de oito municípios catarinenses (M1-M8).

MUNICÍPIO	ANÁLISE SITUACIONAL X PROBLEMAS	PROBLEMAS X DIRETRIZES	DIRETRIZES X OBJETIVOS	OBJETIVOS X METAS	METAS X INDICADORES
M1	SIM	63,30%	100%	100%	96,40%
M2	SIM	46,15%	100%	0%	0%
M3	SIM	90,32%	100%	100%	100%
M4	NÃO	0%	100%	42,75%	42,75%
M5	SIM	84,30%	100%	0%	0%
M6	SIM	10,50%	100%	100%	0%
M7	NÃO	57,14%	100%	100%	26,25%
M8	SIM	37,50%	100%	100%	81,49%

Na análise entre Problemas x Diretrizes, quatro municípios apresentaram baixa coerência interna, dos quais um município não apresentou qualquer coerência entre problemas e diretrizes.

Todos os municípios apresentaram coerência interna entre diretrizes e objetivos. Entre objetivos e metas, três municípios apresentaram menos de 50% do alcance do percentual deste indicador, dos quais dois municípios não tiveram qualquer coerência entre os itens.

Quanto à coerência entre metas e indicadores, destaca-se três municípios que apresentaram maior correspondência entre as metas e os indicadores elencados (mais de 80%). Em três municípios não havia qualquer correspondência entre metas e indicadores, e em dois municípios a coerência foi baixa (menos de 50%).

Na análise de integração entre o PMS e a PAS, quatro municípios apresentaram integração, um município apresentou integração entre os objetivos destes instrumentos, porém as Diretrizes não possuíam relação, e em três municípios não havia qualquer integração (Quadro 2). Nesses três municípios, havia uma PAS com metas e ações referentes ao Pacto da Saúde, sem referência ao PMS, outra com Diretrizes e Objetivos totalmente diferentes do PMS e novamente a dificuldade de estabelecer indicadores, para avaliação e monitoramento.

Em relação a integração entre a PAS e o RAG, dos oito municípios, apenas três apresentaram integração. Identificou-se que neste item, alguns municípios descrevem apenas resultados do Pacto da Saúde e não da PAS.

Quadro 5 - Resultados da análise da integração dos instrumentos de gestão.

MUNICÍPIO	INTEGRAÇÃO PMS X PAS	INTEGRAÇÃO PAS X RAG
M1	Maioria dos objetivos e metas são do Pacto pela Saúde e não do PMS.	Não apresenta análise e considerações das metas da PAS.
M2	Apresenta integração entre os objetivos, porém não apresenta integração entre as diretrizes.	Possui análise e considerações das metas da PAS em anexo do RAG.
M3	Possui integração entre as diretrizes do PMS e PAS. Ausência de objetivos previstos no PMS.	Possui análise e considerações das metas da PAS.
M4	Na PAS faltam diretrizes descritas no PMS.	Apresenta apenas análise da Pactuação de Saúde e não da PAS.
M5	Possui integração entre o PMS e PAS.	Apresenta apenas análise da Pactuação de Saúde e não da PAS.
M6	Não há integração entre PMS e PAS, as diretrizes e objetivos são divergentes. Ausência de indicadores na PAS.	Apresenta análise e considerações da PAS no RAG
M7	Apresenta divergências entre as diretrizes e objetivos do PMS e PAS.	Não apresenta análise e considerações das metas da PAS.
M8	Possui integração entre PMS e PAS	Não apresenta análise e considerações das metas da PAS.

### Discussão

Segundo o Sistema de Planejamento do SUS, o Plano de Saúde é um instrumento central de planejamento do SUS, a partir do qual são definidas e implementadas todas as ações no âmbito da saúde em cada esfera de governo. Para sua elaboração é necessário entre outras, a identificação de problemas e a priorização, através de levantamento das necessidades de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde, e gestão em saúde (BRASIL, 2009; 2016).

Com objetivo de nortear e unificar um modelo de construção dos instrumentos, o MS em parceria com algumas entidades, capacitou os municípios normatizando sua estrutura e incentivando as práticas de participação social e planejamento participativo. Verificou-se que muitos municípios seguiram o disposto em manuais para a construção da análise situacional (BRASIL, 2009; 2016; UNA-SUS, 2016). Porém, a partir da análise realizada neste estudo, identificou-se que os gestores municipais dos municípios analisados apenas reproduziram o modelo, com tabelas e gráficos (muitas vezes incompletos) sem análises, e sem o objetivo de levantar as necessidades de saúde da população.

Outros estudos que analisaram a coerência interna do Plano de Saúde corroboram com os achados desta pesquisa (CRUZ, 2012; AMORIM, 2016). Os autores identificaram fragilidades na coerência das relações lógicas na construção destes instrumentos, e encontraram municípios que não elaboraram a análise situacional e não identificaram os problemas prioritários, praticamente impossibilitando a construção de diretrizes e objetivos.

Assim como nos planos analisados neste estudo, são preocupantes as incoerências encontradas entre a análise situacional, problemas e diretrizes, considerando que seu diagnóstico constituirá os resultados a serem buscados pela gestão. Impasse também observado em outros estudos.

No estudo de Mottin (1999), observou-se a carência de dados para elaboração de diagnósticos, que são base para construção da análise situacional, planos com análises insuficientes e genéricas, além de problemas levantados sem análises. Como resultado, as ações e intervenções propostas se tornam imprecisas, e sua implementação inviável, revelando planos pouco consistentes e coerentes.

Luz (2013, p.44) considera que os planos e programações acabam se constituindo como um “conjunto de intenções que figuram em documento, mas que não levam a resultados práticos para implementação de políticas de saúde e alocação de recursos”. Desse modo, o planejamento nas Secretarias Municipais de Saúde apresenta baixo grau de institucionalização, sendo realizado em momentos pontuais, por pessoas sem expertise na área de planejamento – especialmente nos municípios de pequeno porte – distanciando-se da realidade e das necessidades em saúde, tornando-os instrumentos frágeis e de pouca utilidade (LUZ, 2013; NASCIMENTO, ERGY, 2017; AMORIM, 2016).

Galindo e Gurgel (2016) ao analisarem as ações para a saúde do trabalhador, constataram que os problemas levantados na análise situacional não contemplavam as diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI). No estudo de Saliba et al (2013) poucos municípios elaboraram a análise situacional e a análise crítica dos indicadores epidemiológicos, além da baixa participação do conselho de saúde ou da sociedade na construção dos Planos Municipais de Saúde.

Conforme orientado pelas normativas, a construção dos instrumentos de gestão deve ser participativa e ascendente, seja para elaboração do plano de saúde ou da apreciação do RAG pelo conselho de saúde. Deste modo, a participação da sociedade civil nas políticas de saúde é prevista na LOS Nº 8.142/90, dispondo que as Conferências de Saúde, instâncias colegiadas

com representação da sociedade tem por objetivo a avaliação da situação de saúde da população e a formulação de diretrizes e políticas de saúde (BRASIL, 2009;1990).

Entretanto, apesar das Conferências citarem o planejamento, os planos de saúde pouco consideram as conferências de saúde ou as necessidades de saúde da população (RICARDI, 2017; COSTA et al 2017).

Para Garcia e Reis (2016) estimular as práticas de participação social e cogestão, aumentam a corresponsabilidade dos atores envolvidos no processo. Além disso evitar encomendas de planos de saúde às equipes de consultorias externas, são meios de impactar positivamente na governabilidade do gestor e assim, aumentar a adesão à planificação nos cuidados à saúde (UNA-SUS, 2016; ARCARI, 2015).

Para alguns autores a participação da comunidade ocorre apenas no final do produto, ou seja, para sua deliberação, caracterizando uma pseudoparticipação de outros atores, persuadindo-as a criarem um sentimento de participação nas políticas de saúde. Desse modo, ao analisar os estudos sobre a participação da sociedade nas políticas de saúde, observa-se que o planejamento em saúde centraliza-se num único ator: o gestor (KLEBA et al, 2015; ANUNCIAÇÃO e SOUZA, 2011).

Neste contexto, o ator que planeja explica a realidade de acordo com seu ponto de vista, não considera os vários olhares políticos e sociais para explicação do problema, não admitindo o conflito de poderes existentes e nem a mudança social como meio de democratizar as políticas de saúde. Assemelha-se, portanto, ao método de planejamento normativo, garantindo ações e serviços apenas com objetivo econômico (RIVERA, 1989; GIOVANELA, 1990).

Em relação à integração dos instrumentos, verificou-se a dificuldade de sua elaboração de forma cíclica e considerando sua interligação. Apesar dos estudos mostrarem que os gestores (Secretários de saúde) conhecem os instrumentos de gestão em saúde (PINAFO et al 2016, BARBOSA 2016), o conhecimento sobre a sua existência não significa reconhecer a sua importância enquanto ferramenta de gestão e de planificação na saúde. Os municípios obedecem aos guias e normas do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, porém a sua construção baseia-se num processo ritualístico e normativo, e não com fins de planejamento das ações (BRASIL, 2013; CARVALHO, 2014). Os três instrumentos analisados são interdependentes e articulados, e não poderiam ser elaborados de forma isolada uns dos outros, pois constituem-se em partes consecutivas do processo de planejamento (LUZ, 2013).

Para Garcia e Reis (2016) é preciso abolir este modelo de construção centrado apenas no cumprimento de normas e captação de recursos pelo gestor. A não compreensão das potencialidades do plano de saúde e sua operacionalização distancia-se no alcance de objetivos de uma gestão resolutiva. Neste contexto, sua utilização não apresenta compromisso para compreensão da realidade do processo de saúde da população, e de minimizar as suas iniquidades, se opondo às orientações de manuais do MS (NASCIMENTO e EGRY, 2017).

A falta de estabilidade no cargo de gestor ou do técnico em planejamento contribui para desvalorização do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão (FENILI et al, 2017; BARBOSA et al, 2017). No estudo avaliativo de Berreta et al. (2012), observou-se que mais da metade dos profissionais que atuavam no planejamento nos municípios catarinenses não possuíam qualificação adequada, principalmente em municípios de pequeno porte, sendo em sua maioria profissionais não efetivos, resultando na descontinuidade no planejamento, reduzindo sua importância. No cenário municipal, nem sempre há constituição de equipe própria da área de planejamento, o que certamente tem reflexos ao processo de planejamento local (CARVALHO, 2014).

Em contrapartida, verificamos neste estudo que dos oito municípios que possuíam os instrumentos de gestão com sua estrutura mínima conforme legislação, cinco possuíam menos de 5.000 habitantes. Porém, na análise de coerência interna o município que apresentou melhores resultados possui população acima de 50 mil habitantes. Considerando o estudo de Berreta (2012), que identificou baixa qualificação adequada no planejamento em saúde, nos municípios de pequeno porte o fato destes municípios apresentarem todos os instrumentos pode estar associado ao seu envio às empresas terceirizadas, que possuem conhecimento da estrutura dos instrumentos, porém ausência de conhecimento das necessidades locais do município.

Além da falta de qualificação adequada para o cargo, a rotatividade dos profissionais técnicos no planejamento e dos gestores, são ameaças destacadas por profissionais da saúde, que impactam na implantação do planejamento estratégico na saúde. O vínculo empregatício e indicação política sem considerar o conhecimento para o cargo, resultando em promessas de campanha nas políticas de saúde, fragmentam a continuidade dos processos e do planejamento em saúde, além de representarem um desrespeito aos mandamentos constitucionais (FENILI et al, 2017; BARBOSA et al, 2017; MEDEIROS et al, 2017; CARVALHO, 2019).

Cabe destacar o movimento de atualização dos sistemas de planejamento do SUS pelo MS, que através da Portaria N° 750/19, institui o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo

Planejamento – DGMP. Este sistema apresenta funcionalidades de preenchimento dos instrumentos de gestão, além de facilitar sua integração.

Os técnicos/gestores preencherão as DOMI do PMS, que migrarão em formato anualizado para a PAS, e assim poderão ser demonstrados no RAG no prazo específico, pelo mesmo sistema. Ressalta-se que até a última atualização do Manual do usuário – Módulo Planejamento (05/2019) a análise situacional e os problemas prioritários deverão ser anexados junto ao sistema e não preenchidos como os demais itens.

### **Considerações finais**

Verificou-se neste estudo que a maioria dos instrumentos são incoerentes e possuem pouca integração, sendo que estes resultados se repetem em outros estados brasileiros.

A análise de coerência buscou avaliar o grau de consistência e compatibilidade interna dos Planos Municipais de Saúde. Pode-se concluir com base em Carlos Matus que os municípios centralizam a construção dos instrumentos no gestor, que compreendendo as exigências legislativas, elaboram os instrumentos de forma incipiente, e sem considerar as necessidades de saúde da população.

Considerando a implementação do novo sistema de planejamento e as atualizações realizadas até o momento. Os achados neste estudo demonstram a necessidade de capacitar técnicos e gestores, para que se apropriem de métodos de análise situacional e priorização dos problemas para implementação de políticas de saúde mais coerentes.

Além disso, é importante ressaltar que a troca de gestão federal e estadual impactam diretamente na construção de instrumentos coerentes. A elaboração dos Planos Estadual e Nacional devem considerar o planejamento ascendente dos entes federativos, além da participação social. Porém, as alterações do modelo de organização do SUS e de seu financiamento atuais fragilizam todo processo de planejamento dos municípios, que devem tão logo se adaptar as novas propostas, mesmo que estas sejam contrárias aos objetivos de planificação do gestor. Este processo inverso e pouco democrático resulta num ritual de construção e posteriormente no engavetamento de seus instrumentos de planejamento.

Por fim, é necessário por parte dos Estados, União, Conselhos estaduais e nacionais, maior aporte e auxílios aos municípios, além do respeito aos princípios e diretrizes do SUS, para que a cultura do planejamento se consolide.

### Referências Bibliográficas

AMORIM, EP da S. O Plano Municipal de Saúde de um município do estado do Tocantins: análise de coerência interna e externa/ Edivaldo Pereira da Silva Amorim. – Salvador: 2016. 109 f. Dissertação (mestrado profissional) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

ANUNCIACÃO, FC da; SOUZA, MKB da. Planejamento em saúde: Percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 35, n. 4, p. 845-858, out./dez. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-s0104-12902017170046.pdf>>. Acesso em 23 de jun. 2019.

ÁVILA, DV de. O uso do relatório de gestão de saúde como ferramenta de gestão municipal: estudo de caso com municípios gaúchos/ Diva Verônica Bartz de Ávila – Porto Alegre: ÁVILA, DV de, 2012. 52f. TCC (Especialista em Gestão em Saúde) – Programa de Pós – Graduação em Administração. Universidade federal do Rio Grande do Sul.

BARBOSA, CM. Perfil do gestor em saúde no Estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios / César Martins Barbosa.-- Salvador: C.M.Barbosa, 2016. 73 f. Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

BARBOSA, NCT et al. Educação em saúde: o uso da matriz swot para análise dos projetos. Rev. Enferm. UFPE on line. Recife, v.11, n.11 pp. 4298-304, nov., 2017.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 20 de julho. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.135 de 25 de setembro de 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html). Acesso em 20 de julho. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para a elaboração de instrumentos de planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica nº 2 de 2018 – CGAIG/DAI/SE/MS. Esclarecimentos acerca das instabilidades do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS), Brasília, 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 750 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750\\_06\\_05\\_2019.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html)> Acesso em 20 de julho de 2019.

CARNEIRO, MFS. Gestão Pública: O Papel do Planejamento Estratégico, Gerenciamento de Portifólio, Programas e Projetos e dos Escritórios de Projetos na Modernização da Gestão Pública. 2009.

CARVALHO, E. M. R. USOS e “DESUSOS” DO PLANEJAMENTO: uma análise sobre planos municipais de saúde. (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2014.

\_\_\_\_\_. Gestão do SUS em Salvador/BA. Análise do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e seus impactos na prestação de serviços de saúde. Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades, Salvador, n.246, jan./abr., p. 121-139, 2019.

CRUZ, SPL. Planos municipais de Vigilância em Sanitária: Análise de coerência e consistência técnica./ Silvana Portella Lopes Crus. – Salvador: 2012. 81 f.Dissertação (mestrado profissional) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

FENILI R, et al. Planejamento Estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. Revista Eletrônica & Saúde (Brasília), v. 8, n. 1, p. 18-36, 2017.

GALINDO, AC; GURGEL, AM. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, [S.l.], v. 10, n. 4, dec. 2016. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1155>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

GIOVANELLA L. Planejamento estratégico em Saúde: Uma discussão da abordagem de Mário Testa. Cadernos de Saúde Pública, v. 6, n.2, p. 129-153, 1990.

KLEBA, M.E. et al. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. Rev. Adm. Pública- v.49, n 4, pp. 1059-1079, jul/ago., 2015.  
KRIPKA, RML, et al. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. Revista de investigaciones UNAD Bogotá, n.14, jul 2015.

KRUGER, TR, et al. Planos Estaduais Plurianuais de Saúde e as Organizações Sociais como modelo de gestão dos serviços do SUS. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017. Disponível em <[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180211/101\\_00008.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180211/101_00008.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Acesso em 20 de julho de 2019.

LEVCOVITZ, E. et al. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). OPAS: Brasília, DF, 2003 (Projeto de desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde, 2).

MEDEIROS, CRG et al. Planejamento Regional Integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saúde soc.* São Paulo, v.26, n.1, p. 129-140, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do usuário – Módulo Planejamento/ DigiSUS Gestor. Disponível em < <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/digisus/15381-manual-do-usuario-modulo-planejamento-digisus-gestor/file>> Acesso em 20 de julho de 2019.

MOTTIN, LM. Elaboração do plano municipal de saúde: Desafio para o município. Um estudo no Rio Grande do Sul. Lucia Maria Mottin– Rio de Janeiro: MOTTIN, LM, 1999. 168f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) –Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.

NASCIMENTO, AB; EGRY, EY. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades de saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. *Saúde Soc.* São Paulo, v.26, n.4, p. 861-871, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PESSOA, FM. Análise dos instrumentos de monitoramento e avaliação do plano estadual de saúde do rio Grande do Sul 2016-2019. Fernanda Melo Pessôa. – Porto Alegre: PESSOA, FM, 2017. 72f. TCC (Bacharel em Políticas Públicas) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PINAFO, E. et al. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: Perfil, funções e conhecimentos sobre os instrumentos de gestão. Espaço para a saúde – Revista de Saúde pública do Paraná, v.17, n.1, Londrina, 2016.

REISDORFER, E. et al. Plano Municipal de Saúde: um instrumento de transformação social. *Saúde & Transformação social*, Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 97-102, 2012.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 155-170, Set. 2017 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Jul. 2019.

RIVERA Uribe, Francisco Javier. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico/ Francisco Javier Rivera (org.); Francisco Javier Uribe Rivera, Mario Testa, Carlos Matus. – São Paulo: Cortez, 1989.

SALIBA, NA.et al. Plano Municipal de Saúde: Análise do instrumento de gestão. *Biosci. J* Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 224-230, jan./fev. 2013. Disponível em < <http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/15054>> acesso em 23 de jun. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização- PDR 2018. Florianópolis, 2018. Disponível em <

<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-diretor-de-regionalizacao/14617-plano-diretor-de-regionalizacao-2018/file>>. Acesso em 15 de dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Municípios com Gestão Transferida. Florianópolis, 2013. Disponível em < <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/pacto-pela-saude/termo-de-compromisso-de-gestao-municipal-tcgm/6879-municipios-com-gestao-transferida/file>>. Acesso em 15 de dez. 2019.

SCHONS, SAF de S. Plano Municipal de Saúde do município de Montenegro/RS 2014-2017 e interface com os relatórios trimestrais de gestão/ Silvana Aparecida Furtado de Souza Schons – Novo Hamburgo: SCHONS, SAF de S. 2015. 44f. TCC (Especialização de Gestão em Saúde) – Escola de Administração. UFRGS, Universidade Aberta do Brasil.

TEIXEIRA, C.F. Planejamento Municipal em Saúde. Carmen Teixeira, Salvador, BA, 2001. Disponível em [http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Livro\\_de\\_Planejamento\\_2001\\_2a\\_edicao.pdf](http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Livro_de_Planejamento_2001_2a_edicao.pdf), Acesso em 20 de julho de 2019.

TEIXEIRA CF, et al. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: Teixeira CF, organizador. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador (BA): EDUFBA; 2010. p. 51-76.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. O Plano de saúde como ferramenta de gestão/Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2016.52f.: il.

VIEIRA, FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, n. 14, v.1, pp. 1565-1577, 2009.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados deste estudo, identificou-se que muitos municípios catarinenses parecem utilizar os instrumentos de gestão apenas como documentos obrigatórios, para obtenção de recursos, e não com fins de planejamento em saúde, ou como meio de transformação da realidade, de acordo com as necessidades de saúde da população.

Na análise da estrutura mínima, observou-se que a maior parte dos municípios não apresentou os instrumentos. Além disto, apenas oito municípios elaboraram a estrutura mínima conforme as normativas vigentes.

Na análise da coerência interna e integração dos instrumentos, observou-se muitas incoerências e pouca integração, cabendo a futuros estudos identificar as causas de tais achados.

A rotatividade dos profissionais técnicos e do gestor, além da falta de qualificação adequada para o cargo, muitas vezes, reflexo de indicações políticas, fragmentam a continuidade dos processos e do planejamento em saúde, além de representarem um desrespeito aos mandamentos constitucionais.

Destaca-se também a baixa participação dos usuários no planejamento e na fiscalização da gestão em saúde nos municípios de Santa Catarina. A presença do gestor da saúde no papel do presidente do conselho, reafirma a fragilidade da participação social nas decisões das políticas de saúde.

O movimento de inserção do novo sistema de planejamento poderá auxiliar os gestores na integração dos instrumentos, no entanto, os sistemas desenvolvidos não prescindem da ação humana de realizar as análises e identificar as prioridades em saúde, especialmente com a participação e envolvimento dos diversos atores sociais.

De acordo com os resultados desta pesquisa, identificou-se a necessidade de promover educação permanente aos gestores/técnicos municipais, e principalmente aos usuários, com objetivo de fortalecer o controle social e suas práticas no planejamento em saúde.

Por fim, a presença dos entes federativos e dos Conselhos Estaduais e Nacional de Saúde, na fiscalização, e norteador das políticas públicas e participativas de saúde nos municípios, torna-se imprescindível para consolidação da cultura do planejamento estratégico no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Raquel Campos de; SOUZA, Mariluce Karla Bonfim de. Processo de construção e análise dos relatórios anuais de gestão: dificuldades, avanços e reflexões. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v.37, n.4, p. 852-868, out/dez de 2013.

AMORIM, Edivaldo Pereira da Silva. O Plano Municipal de Saúde de um município do estado do Tocantins: análise de coerência interna e externa/ Edivaldo Pereira da Silva Amorim. – Salvador: 2016. 109 f. Dissertação (mestrado profissional) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

ANUNCIACÃO, Fabio Costa da; SOUZA, Mariluce Karla Bonfim da. Planejamento em saúde: Percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, p. 845-858, out./dez. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-s0104-12902017170046.pdf>>. Acesso em 23 de jun. 2019.

ARAUJO, Maria Arlete Duarte. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 27, n. 3, p.230–6, 2010.

ARCARI, Janete Madalena. Qualidade da elaboração do relatório de gestão nos municípios da região de saúde 29 – Vales e montanhas. Trabalho de conclusão (Especialização em Gestão em Saúde). Programa Nacional de Formação em Administração Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ÁVILA, Diva Verônica Bartz de. O uso do relatório de gestão como ferramenta de gestão municipal: estudo de caso com dois municípios gaúchos. Trabalho de conclusão. (Especialização em Gestão em Saúde). Programa Nacional de Formação em Administração Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BARBOSA, César Martins. Perfil do gestor em saúde no Estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios / César Martins Barbosa.-- Salvador: C.M.Barbosa, 2016. 73 f. Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

BARBOSA, NCT et al. Educação em saúde: o uso da matriz swot para análise dos projetos. *Rev. Enferm. UFPE on line*. Recife, v.11, n.11 pp. 4298-304, nov., 2017.

BERRETTA, I Q et al. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, Nov. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 de Out. 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 15 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 15 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html) Acesso em 10 de abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html) Acesso em 10 de abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html) Acesso em 10 de abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002a. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html) Acesso em 10 de abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002b, Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_instrumento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf) Acesso em 28 de jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html) . Acesso em: 15 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.085 de 1 de dezembro de 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085\\_01\\_12\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html). Acesso em: 15 de jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – Organização e funcionamento/ Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização/ Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – instrumentos básicos/ Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 20 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 575 de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575\\_29\\_03\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575_29_03_2012.html) Acesso em 20 de julho de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.135 de 25 de setembro de 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html). Acesso em 20 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS/ Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, - 1ª ed. Ver. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 750 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750\\_06\\_05\\_2019.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html) > Acesso em 20 de julho de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Nota Técnica nº 2 de 2018 – CGAIG/DAI/SE/MS. Esclarecimentos acerca das instabilidades do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS), Brasília, 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 750 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750\\_06\\_05\\_2019.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html) > Acesso em 20 de julho de 2019.

CARNEIRO, Margarteh Fabiola Santos. Gestão Pública: O Papel do Planejamento Estratégico, Gerenciamento de Portifólio, Programas e Projetos e dos Escritórios de Projetos na Modernização da Gestão Pública. 2009.

CARVALHO, Elisa Maria Ramos USOS e “DESUSOS” DO PLANEJAMENTO: uma análise sobre planos municipais de saúde. (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2014.

\_\_\_\_\_. Gestão do SUS em Salvador/BA. Análise do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e seus impactos na prestação de serviços de saúde. Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades, Salvador, n.246, jan./abr., p. 121-139, 2019.

CERQUEIRA, Sara Cristina Carvalho. O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Salvador. 202p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.

COELHO, Thereza Cristina Bahia; PAIM, Jairnilson Silva. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde Estadual do Estado da Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1373-1982, set/out de 2005.

CRUZ, Silvana Portella Lopes. Planos municipais de Vigilância em Sanitária: Análise de coerência e consistência técnica/ Silvana Portella Lopes Crus. – Salvador: 2012. 81 f. Dissertação (mestrado profissional) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

CUNHA, J.C.C.B et al. Relatório de gestão: instrumento de avaliação e planejamento dos Sistemas de Saúde? Arquivos Catarinenses de Medicina, v.35, n.2, 2006.

FENILI R, et al. Planejamento Estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. Revista Eletrônica & Saúde (Brasília), v. 8, n. 1, p. 18-36, 2017.

FLINKER, Renata Ulrich; RIBEIRO, Elaine Rossi. Controle social da saúde no Brasil. Caderno saúde e desenvolvimento, v. 3, n. 2, jul./dez. 2014. Disponível em <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosauadedesenvolvimento/article/view/201/237>> acesso em 23 jun. 2019.

FREITAS, G.M. et al. Plano de saúde dos municípios de uma regional de saúde do Paraná. Rev. Enferm UFSM, v. 3, n.1, p. 122-132, jan/fev de 2013.

FONSECA, Ana Carla Freitas; MEDINA; Maria Guadalupe. Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia; política ou retórica? Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 42, n 2, p. 302-316, outubro 2018.

GALINDO, AC; GURGEL, A do M. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, [S.l.], v. 10, n. 4, dec. 2016. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1155>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

GIOVANELLA Lúcia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento em saúde na América Latina. Cad. De Saúde Pública, v. 7 n.1, pg. 26-44, 1991. \_\_\_\_\_ . Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, Jun 1990 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Ago. 2019.

GODOY, Arilda. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. RAE – Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.5, n.3, pp. 20-29, 1995.

JUNIOR, Etivaldo Rodrigues da Silva. Controle social na saúde pública: a relação entre as características dos conselhos de saúde e o resultado da análise do relatório anual de gestão. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Gestão Pública) – Diretoria de formação profissional. Escola Nacional de Administração Pública, Brasília-DF.

KNIES, et al. Avaliação do plano municipal de saúde como instrumento de planejamento e gestão: estudo de caso. In: Anais do salão internacional de ensino, pesquisa e extensão, v.8,

n.2, Unipampa, 2016. Disponível em

<<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/18446>> acesso em 23 jun. 2019.

KLEBA, M.E. et al. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. *Rev. Adm. Pública*- v.49, n 4, pp. 1059-1079, jul/ago., 2015.

KRIPKA, RML, et al. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de investigaciones UNAD Bogotá*, n.14, jul 2015.

KRUGER, TR, et al. Planos estaduais plurianuais de saúde e as organizações sociais como modelo de gestão dos serviços do sus. II seminário nacional de serviço social, trabalho e políticas sociais. Universidade federal de santa catarina. Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017. Disponível em <  
[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180211/101\\_00008.pdf?sequence=1&isallowed=y](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180211/101_00008.pdf?sequence=1&isallowed=y)> acesso em 20 de julho de 2019.

LEMOS GS, et al. Adoção do planejamento estratégico situacional na farmacovigilância e segurança do paciente de um projeto ensino-serviço. *Rev. Eletr. Farm., Goiânia*, v. 14, n. 4, p. 5-16, 2017.

LEVCOVITZ, E. et al. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). OPAS: Brasília, DF, 2003 (Projeto de desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde, 2).

LUZ, A.B.C. da L. et al. Análise dos instrumentos de planejamento do sistema único de saúde (SUS). In. PEREIRA, M.F. et al. (Org.). Contribuições para a gestão do SUS. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. p. 21. Coleção Gestão em Saúde Pública, volume 3.

MANETTI Cristiano; LEITE, Márcia dos Angeles Luna. Planejamento estratégico situacional – Relato de uma experiência em uma farmácia municipal do sul do Brasil. *REVISTA CONTEXTO & SAÚDE IJUÍ EDITORA UNIJUÍ*, v. 16 n. 30 JAN./JUN. p. 36-46, 2016.

MEDEIROS, CRG et al. Planejamento Regional Integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saúde soc. São Paulo*, v.26, n.1, p. 129-140, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota técnica Nº 2/2018 – Esclarecimentos acerca das instabilidades do Sistema de Apoio à elaboração do relatório de gestão (SARGSUS). Disponível em <

[https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/documentos!carregarPagina.action?idTipoLink=262&SARGSUS\\_TOKEN=Q2RU-87D9-SQMM-R12Z-NQO2-UW5G-ZXSE-O473](https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/documentos!carregarPagina.action?idTipoLink=262&SARGSUS_TOKEN=Q2RU-87D9-SQMM-R12Z-NQO2-UW5G-ZXSE-O473)> Acesso em 10 de jul., 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do usuário – Módulo Planejamento/ DigiSUS Gestor. Disponível em < <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/digisus/15381-manual-do-usuario-modulo-planejamento-digisus-gestor/file>> Acesso em 20 de julho de 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PAIVA, Cláudia de Menezes Vidal. Análise do processo de implementação do Plano Estadual de Saúde 2012-2015: O caso de Goiás. 137p. Dissertação (Mestrado) Goiânia/GO. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Goiás, Goiânia, 2015.

PINAFO, E. et al. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: Perfil, funções e conhecimentos sobre os instrumentos de gestão. Espaço para a saúde – Revista de Saúde pública do Paraná, v.17, n.1, Londrina, 2016.

REISDORFER, E. et al. Plano Municipal de Saúde: um instrumento de transformação social. Saúde & Transformação social, Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 97-102, 2012.

RICARDI, L.M. et al. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 155-170, Set. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700155&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 Jul. 2019.

RIVERA Uribe, Francisco Javier. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico/ Francisco Javier Rivera (org.); Francisco Javier Uribe Rivera, Mario Testa, Carlos Matus. – São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas- Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ROLIM, LB; et al. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, Mar. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Jul. 2019.

SALIBA, NA et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, Dez. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122009000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 jun. 2019.

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

SCHONS, Silvana Aparecida Furtado de Souza. Plano Municipal de Saúde de Montenegro/RS 2014-2017 e interface com os relatórios quadrimestrais de gestão. Trabalho de conclusão (Especialização em Gestão em Saúde). Programa Nacional de Formação em Administração Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Novo Hamburgo, 2015.

SOARES, Catharina Leite de Matos; FREITAS, Mayara Santana de. Trabalho e poder na Secretaria Municipal de Saúde: implantação da Política de Saúde Bucal em um município – 2007/2008. Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 42, n 2, p. 317-330, outubro 2018.

TEIXEIRA CF et al. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: Teixeira CF, organizador. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador (BA): EDUFBA; 2010. p. 51-76.

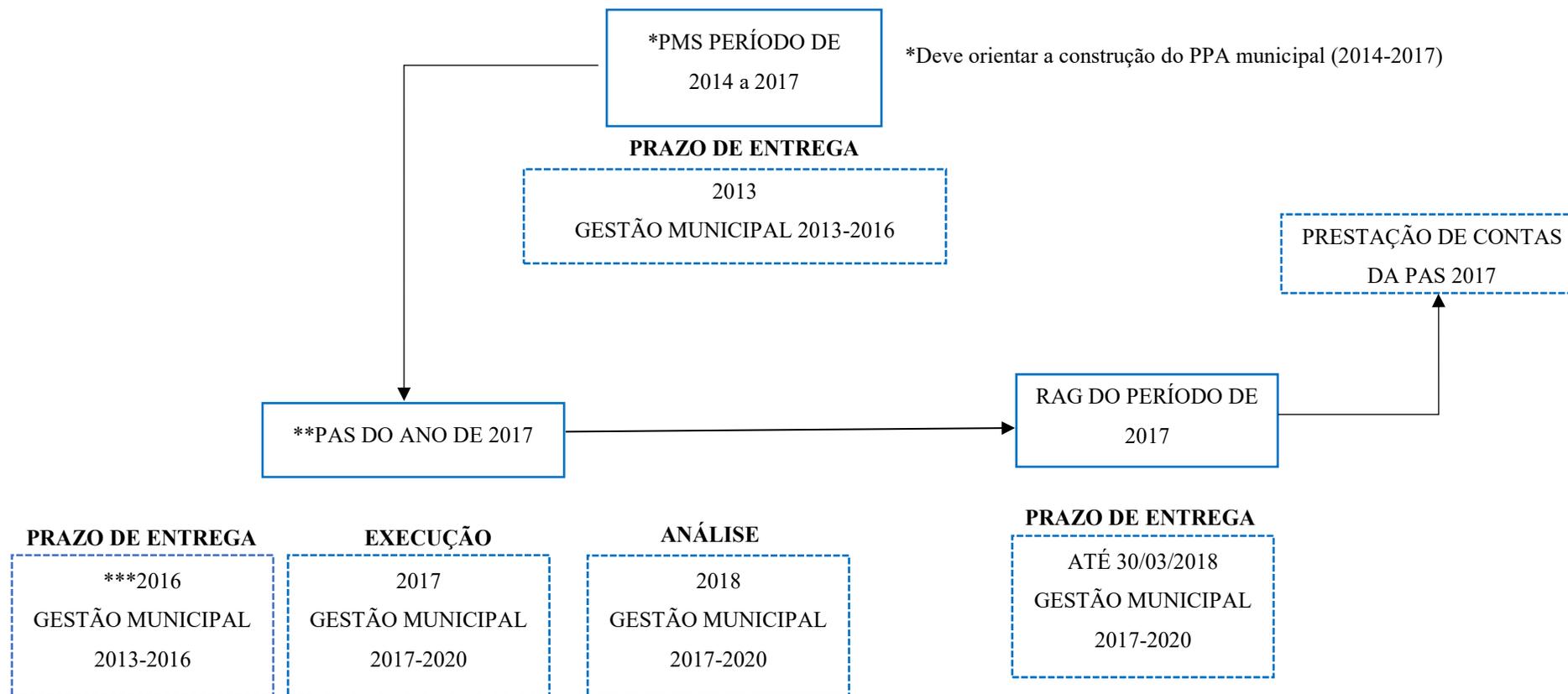
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. Guia de orientação aos membros do conselho municipal de saúde. São Paulo, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. O Plano de saúde como ferramenta de gestão/Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2016.52f.: il.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Planejamento na atenção básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Josimari Telino de Lacerda; Lúcio José Botelho; Cláudia Flemming Colussi. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. 64 p. (Eixo 2 – O Trabalho na Atenção Básica). VIEIRA, FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde coletiva, vol. 14, supl. 1, p. 1565-1577, out. de 2009.

VICENTINE, F, et al. Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 51, n. 1, p. 1-11, 4 set. 2018. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/150073>> acesso em 23 jun. 2019.

### APÊNDICE A – Processo de construção dos instrumentos de gestão analisados.



\*\* Deve orientar a construção da LDO do respectivo ano (para 2017).

\*\*\*Entrega até 30/03/2016.