



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

MARIA CLARA MELO DE SOUZA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS
ELABORADOS NOS MUNICÍPIOS DA VI REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO**

Recife

2024

MARIA CLARA MELO DE SOUZA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS
ELABORADOS NOS MUNICÍPIOS DA VI REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde do Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Organização no sistema de saúde.

Orientador (a): Prof. Dr. Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho.

Recife

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Souza, Maria Clara Melo de.

Planejamento em saúde: uma análise dos instrumentos elaborados nos municípios da Vi Regional de Saúde de Pernambuco / Maria Clara Melo de Souza. - Recife, 2024.
63f.: il.

Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde, 2024.

Orientação: Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho.

1. Sistema Único de Saúde; 2. Planejamento em Saúde; 3. Gestão do SUS. I. Filho, Paulo Guilherme Moreira de Melo. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

CDD 330.9

MARIA CLARA MELO DE SOUZA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS
ELABORADOS NOS MUNICÍPIOS DA VI REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde do Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Organização no sistema de saúde.

Aprovada em: 26/04/2024.

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a. Fabiola Sulpino Vieira (Examinadora Externa)

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Dr. Jose Rodolfo Mendonca de Lucena (Examinador Externo)

Faculdade de Medicina do Sertão

MSc. Willians Emanuel da Silva Melo (Examinador Externo)

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Dr^a. Roberta de Moraes Rocha (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Recife

2024

Aos meus elos mais fortes de amor: Flávia
Cristina e Júlia Maria, minhas mães, minhas
fortalezas, por todo amor e dedicação de uma
vida,

Dedico.

AGRADECIMENTOS

À Deus, autor da existência, aquele que permite que tudo se concretize.

À minha mãe, Flávia Cristina, meu espelho de virtudes e valores, que sempre valorizou a minha vocação e me transformou em quem eu sou, por abdicar de tanto para me fornecer a melhor estrutura e estabilidade possível ao longo da vida, para que eu me tornasse quem eu desejava e seguisse os caminhos que me faziam sentido. Obrigada por, em momento algum, permitir que eu me sentisse sozinha no mundo.

À Júlia Maria, minha avó, meu anjo protetor, por tanto carinho e admiração pelas minhas conquistas. Com o coração cheio de emoção, sinto que às vezes faltam palavras para transmitir às pessoas esse amor e orgulho que transborda de você ao falar sobre mim. Obrigada por tanto cuidado, nosso laço é eterno.

Às minhas irmãs, meus dois corações fora de mim. Steffanny, exemplo de generosidade, minha irmã e amiga que mesmo nos piores momentos não perde o humor, pois enxerga o ridículo de nossas paixões e tem a grande virtude de saber rir de si mesma, obrigada por me repassar sua inteligência de vida. À Sophia, minha pequena, meu ponto de paz e equilíbrio, meu aconchego, minha cópia, que enche meu coração de alegria e renova minhas energias.

À Alder, um parceiro inexplicável, meu companheiro de vida que me ajudou absurdamente nesse processo. Sou grata por seu apoio e por acreditar no meu potencial até quando eu mesma duvido. Aos meus tios, Júnior, Raquel e Marília, por serem exemplos de garra e determinação. Minha admiração por vocês é infinita.

Aos meus sobrinhos, Hércules e Henry, seres iluminados, que me fazem, diariamente, lutar por um mundo melhor.

Ao meu avô Francisco (*in memoriam*), sei que apesar de não estar presente fisicamente, ilumina os meus passos e orienta as minhas decisões.

Aos meus sogros, Aldair e Willys, por me acolherem desde o início desse processo e serem minha segunda família, infinitamente obrigada!

À Ana Carolina, minha amiga e melhor ouvinte. Com certeza, o fardo se torna mais leve por existirem pessoas como você. Obrigada por tanto!

À equipe da UAE da GRE SMI, com quem eu venho tendo o privilégio de aprender tanto, por “segurarem a barra” sempre que precisei me ausentar nesta reta final do mestrado e sentir aquele “vá em paz, estamos aqui por você”. Em especial, Edilene, Myllena, Fernanda, Laiza, Rita e Monalyza. Obrigada pela parceria.

Ao professor Paulo Melo, meu orientador, pelo profissionalismo e compromisso, e por toda serenidade pela qual me conduziu neste projeto me transmitindo toda confiança possível. Obrigada pela contribuição!

A Willians Melo, Fabíola Sulpino e Roberta Rocha, potentes referências profissionais, que tão gentilmente, aceitaram participar da minha banca.

A todo o corpo docente do PPGGES. Obrigada por tudo que representam: “Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos vão ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonhos e outras ainda porque nos desafiam a construí-los”.

Aos maravilhosos amigos que fiz no PPGGES. Gratidão imensa por ter feito parte de uma turma com profissionais tão potentes!

Às equipes de todos os setores que compõem a VI GERES, divisora de águas no meu trajeto, repleta de profissionais que são exemplos de ética, profissionalismo e competência. Obrigada por me fazerem crescer como profissional e especialmente como pessoa.

Aos profissionais da gestão dos municípios que compõem a VI Região de Saúde de Pernambuco, pela valiosa contribuição no presente trabalho.

À VI GERES, que me acolheu e tornou-se minha segunda casa durante quatro anos.

RESUMO

SOUZA, M. C. M. **PLANEJAMENTO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS ELABORADOS NOS MUNICÍPIOS DA VI REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**. Recife, 2024. 64f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, 2024.

O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma função gestora classificada como requisito legal e um dos importantes mecanismos para assegurar os princípios constitucionais do SUS. É objetivo do planejamento fornecer aos gestores informações que possibilitem uma ação mais efetiva sobre a realidade sanitária e o redirecionamento das ações visando melhorar as condições de saúde da população. Para isso, o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumentos de planejamento estabelecidos como obrigatórios pela legislação, são considerados básicos e norteadores do processo de planejamento. Assim, o presente estudo objetiva analisar os instrumentos de planejamento da saúde elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios que compõem a VI Regional de Saúde de Pernambuco do ciclo 2018-2021. Para tanto, foi realizada uma análise da estrutura mínima dos PS e PAS a partir de um *checklist* com os itens que devem compor os instrumentos de planejamento conforme as normativas do SUS. Em seguida foi analisada a coerência interna do PS e logo após foi realizada a análise do alcance das metas anuais estabelecidas pelos gestores para o setor saúde em cada município, considerando as metas previstas nas PAS e seu alcance apresentado nos RAGs. Como resultados, foi possível observar que a prática de construção dos instrumentos de planejamento na região estudada está aquém do potencial da mesma, visto que grande parte dos instrumentos não foi construída adequadamente, já que faltam elementos-chave na estrutura de 79,6% dos instrumentos. Em relação aos PS, a análise evidencia a presunção de que se eles fossem mais cuidadosamente desenvolvidos, poderiam ampliar o suporte aos Secretários Municipais de Saúde na condução da gestão do SUS no município, uma vez que nenhum dos PMS demonstra completa coerência em todos os eixos da análise. Também foi visualizado através da análise dos RAGs que 87% dos documentos demonstram que a execução total das metas traçadas pelo setor saúde não foi realizada. Ademais, ao considerar todos os RAGs que demonstraram a ausência da totalidade de execução de suas metas, visualiza-se a presença de justificativa para tal fato em apenas 35% deles. Visando a melhoria do cenário encontrado, são apresentadas no estudo proposições que contribuam para a elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS. Esses dados contribuem com grande sentido para a análise da realidade local e para a necessária discussão entre gestores e profissionais de saúde no tocante ao desenvolvimento do planejamento em saúde no âmbito do SUS, enfatizando a importância da participação social na construção e monitoramento dos seus instrumentos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Planejamento em Saúde; Gestão do SUS.

ABSTRACT

SOUZA, M. C. M. HEALTH PLANNING: AN ANALYSIS OF THE INSTRUMENTS PREPARED IN THE MUNICIPALITIES OF THE VI REGIONAL HEALTH OF PERNAMBUCO. Recife, 2024, 64f. Dissertation (Master in Health Management and Economics) – Federal University of Pernambuco, 2024.

Planning in the Unified Health System (SUS) is a management function classified as a legal requirement and one of the important mechanisms to ensure the constitutional principles of the SUS. The objective of planning is to provide managers with information that enables more effective action on the health reality and the redirection of actions aimed at improving the population's health conditions. To this end, the Health Plan (PS), the Annual Health Program (PAS) and the Annual Management Report (RAG), planning instruments established as mandatory by legislation, are considered basic and guiding the planning process. Thus, the present study aims to analyze the health planning instruments prepared by the Municipal Health Departments of the municipalities that make up the VI Regional Health of Pernambuco for the 2018-2021 cycle. To this end, an analysis of the minimum structure of the PS and PAS was carried out based on a checklist with the items that must make up the planning instruments in accordance with SUS regulations. Next, the internal coherence of the PS was analyzed and, shortly after, an analysis was carried out of the achievement of the annual goals established by managers for the health sector in each municipality, considering the goals set out in the PAS and their reach presented in the RAGs. As a result, it was possible to observe that the practice of constructing planning instruments in the studied region is below its potential, since a large part of the instruments were not constructed properly, as key elements are missing in the structure of 79.6% of the planning instruments. In relation to the PS, the analysis highlights the presumption that if they were more carefully developed, they could expand support to the Municipal Health Secretaries in managing the SUS in the municipality, since none of the PMS demonstrates complete coherence in all axes of the analysis. It was also seen through the analysis of the RAGs that 87% of the documents demonstrate that the full implementation of the goals set by the health sector was not achieved. Furthermore, when considering all the RAGs that demonstrated the lack of complete execution of their goals, the presence of justification for this fact can be seen in only 35% of them. Aiming to improve the scenario found, propositions are presented in the study that contribute to the development of SUS planning instruments. These data contribute with great meaning to the analysis of the local reality and to the necessary discussion between managers and health professionals regarding the development of health planning within the scope of the SUS, emphasizing the importance of social participation in the construction and monitoring of its instruments.

Key-words: Unified Health System; Health Planning; SUS management.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – <i>Checklist</i> para análise da estrutura mínima dos instrumentos de gestão e planejamento da saúde.....	27
Quadro 2 – Análise de coerência interna do PMS.....	28
Quadro 3 – Critérios de medição do grau de coerência interna do PMS e classificação do PMS conforme eixo de análise.....	29
Quadro 4 – Análise do alcance das metas anuais estabelecidas.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Situação dos Planos Municipais de Saúde e das Programações Anuais de Saúde do ciclo 2018-2021 dos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco e disponibilidade no DGMP.....	32
Tabela 2 – Situação dos Relatórios Anuais de Gestão do ciclo 2018-2021 da VI Região de Saúde de Pernambuco e disponibilidade no DGMP.....	32
Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa dos itens encontrados nos instrumentos de planejamento e gestão dos municípios da VI região de saúde de Pernambuco avaliados.....	36
Tabela 4 – Análise da coerência interna dos PMS dos municípios da VI Região de Saúde Pernambuco de 2018-2021.....	39
Tabela 5 – Percentual de alcance das metas dispostas nos RAGs por município e ano de execução e realização de justificativa sobre o não cumprimento de metas.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CS	Conselho de Saúde
DGMP	DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
SAGE/SUS	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
3.1	ASPECTOS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA GESTÃO DO SUS	17
3.2	INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS E SEU ARCABOUÇO LEGAL....	19
3.2.1	PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	21
3.2.2	PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE.....	23
3.2.3	RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO.....	24
4	METODOLOGIA	25
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	25
4.2	LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO.....	25
4.3	COLETA DE DADOS.....	25
4.4	ANÁLISE DE DADOS.....	25
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
5.1	PANORAMA GERAL DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS DA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.....	30
5.1.1	ESTRUTURA MÍNIMA DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS...33	
5.1.2	COERÊNCIA DO ELEMENTO CENTRAL DE PLANEJAMENTO NO SUS: O QUE PODEMOS APREENDER?.....	38
5.1.3	AS AÇÕES PREVISTAS NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS E OS RESULTADOS ALCANÇADOS.....	41
5.2	INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS: COMO APRIMORAR O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO?	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICE A – ESTRUTURA DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	59
	APÊNDICE B – ESTRUTURA DAS PROGRAMAÇÕES ANUAIS DE SAÚDE	60
	APÊNDICE C – ANÁLISE DA COERÊNCIA INTERNA DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	62
	APÊNDICE D – ANÁLISE DO ALCANCE DAS METAS ANUAIS ESTABELECIDAS PARA O SETOR SAÚDE	63

1 INTRODUÇÃO

O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma função gestora classificada como preceito legal e um importante instrumento para assegurar os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica (BRASIL, 2016). Conforme o Manual de Planejamento do SUS (BRASIL, 2016):

O planejamento deve ser desenvolvido de forma contínua, articulada, ascendente, integrada e solidária, entre as três esferas de governo, na medida em que visa direcionar à gestão pública da saúde [...] os entes da Federação devem, obrigatoriamente, realizar atividades de planejamento, o que inclui a elaboração dos instrumentos de planejamento estabelecidos pela legislação, sendo essa uma obrigação condicionante, inclusive, para o recebimento das transferências intergovernamentais.

O planejamento no âmbito do SUS, demanda conhecimento técnico que resulta nos instrumentos desenvolvidos em seu processo de trabalho. Esses instrumentos, intitulados instrumentos de planejamento do SUS foram previstos na legislação na década de 90 e encontram-se citados em legislaturas mais recentes como a Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e define o Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) como os instrumentos fundamentais para o referido processo (BRASIL, 2020a).

O PS, as respectivas PAS e o RAG são instrumentos para o planejamento e gestão no âmbito do SUS que se interligam sequencialmente compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS (CONASS, 2016). O planejamento e os instrumentos que resultam de seu processo são considerados objetos de grande parte do arcabouço legal do SUS, indicando processos, prazos e métodos de formulação, como requisitos para fins de repasse de recursos e são também elementos dos órgãos de controle e fiscalização do sistema (CARVALHO, 2014).

É objetivo do planejamento fornecer aos gestores informações que possibilitem uma ação mais efetiva sobre a realidade sanitária e o redirecionamento das ações com a finalidade de melhorar as condições de saúde da população (BRASIL, 2016). Para isso, o PS, a PAS e o RAG são considerados instrumentos básicos e norteadores do processo de planejamento (BRASIL, 2009), e para auxiliar neste processo, o Ministério da Saúde (MS) define o conceito e a estrutura mínima de cada instrumento através de manuais e capacitações (BRASIL, 2009).

Apesar de existirem diversos enfoques metodológicos do planejamento em saúde, publicações do MS, de Secretarias Estaduais e conselhos de gestores do SUS, assim como publicações acadêmicas e outros documentos institucionais e normativos, relativos aos instrumentos de planejamento do SUS, são vistas dificuldades no processo de elaboração dos mesmos e no cumprimento das suas legislações, por parte dos diversos atores envolvidos neste processo (NUNES, 2018).

Alguns obstáculos citados por gestores se referem a insuficiência de preparo específico para a elaboração do documento, a dificuldade de analisar a situação e definir os problemas de saúde, de organizar uma equipe interessada em elaborar o instrumento atrelado à falta de pessoal com preparo técnico para execução da referida atividade (MOTTIN, 1999).

Observa-se que entre os desafios existentes a serem superados no processo de planejamento em saúde no âmbito do SUS, do qual resulta nos instrumentos de planejamento, encontra-se a dificuldade de implementação de um planejamento ascendente e integrado que consiga efetivar a construção de estratégias em conjunto entre os diversos atores sociais envolvidos. Além disso, existe a pouca integração entre os planejamentos elaborados pelos entes federativos, decorrente das obrigatoriedades e prazos estabelecidos legalmente e a dificuldade de articulação entre orçamento público e o planejamento no SUS (VIEIRA, 2009).

A escassez de conhecimento sobre os documentos também chamadas de instrumentos de planejamento e gestão diminui a importância dos mesmos, que são transformados em meros documentos obrigatórios e normativos, e sua elaboração em um processo apenas ritualístico, sem finalidade de planejamento (COELHO; PAIM, 2005; CERQUEIRA, 2008). Ademais, a ausência de integração entre os instrumentos reduz a capacidade de desenvolvimento e aprimoramento do planejamento e da própria gestão (SCHONS, 2015; ÁVILA, 2012).

O planejamento no âmbito do SUS deve se caracterizar numa dinâmica em que todas as esferas envolvidas no seu processo, trabalhem unidas para produzir um planejamento orientado para impulsionar estratégias de regionalização, mesmo possuindo atribuições específicas (SÃO PAULO, 2017). De acordo com a Portaria do MS nº 01, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a), é um dos pressupostos do planejamento no SUS “a concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada”.

Nessa perspectiva, torna-se fundamental ampliar os estudos dos referidos instrumentos no âmbito das regiões de saúde. Nesse sentido, este estudo apresenta o objetivo de analisar os instrumentos de planejamento do SUS em uma região de saúde do estado de Pernambuco.

Pernambuco é composto por 185 municípios e possui uma população estimada de 9.058.155 habitantes, densidade demográfica de 89,63 (hab./km²) (IBGE, 2022). No início de 2009, no estado, foi iniciado o movimento de construção da regionalização da saúde. A nova conformação territorial da saúde organiza o Estado em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde. A macrorregional 1 (Metropolitana) é composta pelas regiões de saúde I, II, III e XII; a macrorregião 2 (Agreste) é formada pelas regiões IV e V; a macrorregião III (Sertão) é constituída pelas regiões VI, X e XI; e a macrorregião 4 (Vale do São Francisco e Araripe), por sua vez, é formada pelas regiões VII, VIII e IX (PERNAMBUCO, 2011).

Levando em consideração uma das regiões de saúde da Macrorregião de Saúde III (Sertão) para desenvolvimento do presente estudo, foi selecionada a região com maior número de municípios da referida macro visando a obtenção de um maior arcabouço de documentos para sua realização, dessa forma, foi escolhida a VI Região de Saúde de Pernambuco.

Considerando a necessidade de análise dos instrumentos com vistas à orientação do planejamento em saúde, esse estudo abordou a estrutura deles. Mais precisamente, buscou responder a seguinte questão norteadora da pesquisa: os instrumentos de planejamento da saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco atendem ao preconizado pela legislação do SUS?

Este trabalho tem como objeto de estudo, os instrumentos de Planejamento do SUS da VI Região de Saúde de Pernambuco, que tem Arcoverde como município sede. Entende-se por município sede, aquele que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção. As estratégias de regionalização devem abarcar os aspectos de territorialidade, práticas dos sistemas funcionais de saúde e outros elementos relevantes, a fim de assegurar uma abordagem abrangente e eficaz. Para iniciar uma boa gestão dos serviços públicos em saúde é necessário que haja um planejamento bem estruturado, que resulte em instrumentos que subsidiem a tomada de decisão e o redesenho das estratégias de ação traçadas (NUNES, 2018).

Com base nessa determinação, este trabalho traz à luz a discussão sobre a qualidade dos instrumentos de planejamento da saúde, especificamente do SUS, vindo a compor o ainda limitado, porém crescente, quadro de estudos nacionais, que versam sobre essa matéria, propagando sua importância para a política de saúde municipal e regional e sua função científica. Soma-se aos estudos, entre outros, de Amorim (2016), Galindo e Gurgel (2016), Nunes (2018), Fuginami (2019) e Oliveira (2020).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os instrumentos de planejamento da saúde elaborados pelas secretarias municipais de saúde dos municípios que compõem a VI Regional de Saúde de Pernambuco do ciclo 2018-2021.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se os instrumentos de planejamento da saúde possuem a estrutura mínima preconizada pela legislação vigente;
- Analisar a coerência interna dos Planos Municipais de Saúde;
- Apresentar o alcance das metas anuais do setor saúde estabelecidas nos municípios;
- Apresentar proposições que contribuam para elaboração dos instrumentos de planejamento e consequentemente na execução das ações propostas nos mesmos.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 ASPECTOS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA GESTÃO DO SUS

O planejamento é estudado no campo da gestão privada e da administração pública e pode ser compreendido como o processo de tomada de decisões, de forma racional, que visa atender necessidades ou solucionar problemas. Tratando-se do setor de saúde, o crescimento e a difusão da visão sobre a importância do planejamento ocorreram devido à complexidade em gerenciar as políticas públicas e as organizações de saúde (TEIXEIRA, 2010).

Em seu estudo, Mendes (2011) indica que más administrações podem ser resolvidas apenas com planejamentos que organizem a assistência por meio de redes de atenção à saúde. Serra (2007) afirma que o êxito da gestão depende de um planejamento claro, mensurável, factível, construído por profissionais envolvidos tanto na gestão quanto na execução das atividades, sendo capaz de gerar resultados de qualidade.

De acordo com Paim (2006), o planejamento pode ser entendido como um processo de transformação de uma situação para outra, o qual deve considerar a finalidade e utilizar-se de instrumentos ou meios de trabalho e atividades, além das relações sociais inerentes a cada organização. O planejamento é um mecanismo formal voltado para a produção de resultado articulado, que deve ser visto como um esforço de formalizar os processos pelos quais as decisões são tomadas e integradas nas organizações (MINTZBERG, 2004 *apud* ROCHA; SOUZA, 2018).

O planejamento pode ser considerado como uma função administrativa primordial para o alcance dos objetivos organizacionais em qualquer modelo de gestão. No setor de saúde e, em particular, na gestão em saúde pública, considerando a complexidade e as especificidades inerentes ao gerenciamento das instituições, verifica-se que o planejamento representa uma necessidade ainda mais visível (TEIXEIRA, 2010).

Na saúde pública latino-americana, o planejamento foi fortemente difundido no final dos anos 1970, período em que a planificação normativa foi fortemente criticada pela centralidade no aspecto econômico. A partir disso, foi configurado o enfoque de planejamento descrito como estratégico, sob influência do pensamento estratégico do sanitarista Mario Testa e da planificação situacional do economista Carlos Matus, que consideraram a necessidade de planejar em contextos de conflitos ou colaborações entre os agentes, o que começava a ser exequível dada a conjuntura de declínio dos regimes de exceção na América Latina (FURTADO *et al.*, 2018).

Para Carlos Matus, planejar ou planificar significa pensar antes de atuar, com método, de maneira sistemática. Dessa forma, ressalta-se que planifica quem governa, em um momento presente, através de um cálculo situacional de problemas e oportunidades, sendo inseparável da gestão e necessariamente política. Nessa perspectiva, Matus formulou o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que corrobora com a ideia de que a formulação de políticas se dá em diversos níveis de governo, âmbitos de gestão e níveis de abrangência, havendo, assim, uma exigência de formulação de políticas que devem dar conta dos problemas de saúde em cada nível de atenção e esfera de governo (ROCHA; SOUZA, 2018).

Após o desenvolvimento das ideias mais proveitosas sobre o planejamento na América Latina e no Brasil, se deu a existência do SUS, caracterizando-se por uma “fase de riqueza teórica com poucas práticas seguida de grande demanda de aplicação prática e pouca absorção das teorias” (ROCHA, 2011, p. 261; ROCHA; SOUZA, 2018, p.17).

A organização e o fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária, que viria a se consolidar em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e com a incorporação dos seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988, com base nas leis orgânicas do SUS aprovadas em 1990, configuram-se numa situação muito favorável ao desenvolvimento do planejamento em saúde nas organizações públicas, principalmente no que diz respeito à incorporação das concepções e métodos para a formulação de políticas, planos e projetos, assim como na disseminação de métodos, técnicas e instrumentos de programação de ações e serviços de saúde em vários níveis de complexidade organizacional (CUNHA, 2016).

Partindo dessa conjuntura, o planejamento é colocado como responsabilidade gestora e, portanto, direcionadora do processo de gestão que deve compatibilizar as necessidades de saúde com os recursos disponíveis, através do arcabouço jurídico legal e normativo do SUS. Em 1990, a Lei nº 8.142 estabeleceu responsabilidades gestoras na elaboração do planejamento, bem como seu modo ascendente de fazê-lo (BRASIL, 1990a).

O planejamento em saúde, também tido como instrumento de gestão, é considerado um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições que visem solucionar problemas e atender às necessidades individuais e coletivas (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011). Dessa forma, cabe a gestão atuar no processamento dessas proposições sobre as intervenções em saúde. O planejamento e a gestão, enquanto trabalho em saúde, realizam uma ação estratégica como forma de apoiar as resoluções concretas e particulares que o cotidiano dos serviços de saúde demandam (ROCHA; SOUZA, 2018).

Martins e Waclawovsky (2015), apontaram em pesquisa desenvolvida com gestores municipais de saúde, que entre os principais problemas de gestão do SUS está a ausência de planejamento. Reconhecer o problema e produzir formas de enfrentá-lo é o papel da gestão eficiente e o caminho do planejamento exitoso. Porém, outros estudos apresentam o quanto as gestões encontram-se distantes de um planejamento municipal eficiente e exitoso (SILVA *et al.*, 2015; MIRANDA; CARVALHO; CAVALCANTE, 2012 *apud* OLIVEIRA, 2020). Na prática, ainda se registra um planejamento desarticulado e centralizador, concentrado nos gestores, em detrimento de um processo integrado e compartilhado (SILVA *et al.*, 2015, VIEIRA, 2009 *apud* MACÊDO *et al.*, 2018).

É a partir do reconhecimento dos elementos estratégicos no planejamento, que os gestores e equipes gestoras poderão trabalhar como atores sociais no enfrentamento de problemas, na capacidade de gestão e no desenvolvimento de ações que atendam às necessidades do SUS (GIL; LUIZ; GIL, 2016), e considerando que a consolidação do SUS apresenta diversas oportunidades para a concretização da melhoria na atenção à saúde oferecida à população, torna-se necessário elaborar instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios (BRASIL, 2003).

3.2 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS E SEU ARCABOUÇO LEGAL

Os instrumentos de planejamento do SUS são de extrema importância para a gestão do sistema. Visando o melhor desempenho da gestão, a partir do desenvolvimento do 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). Além disso, ocorreu a criação do Pacto da Saúde em 2006, e a partir de então o MS elaborou 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, 2009).

Como resultado desse processo, foi publicada a Portaria nº 3.085 de 2006, que regulamenta o sistema de planejamento do SUS, e determina que são os instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS: O Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei

Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais acerca destes instrumentos (BRASIL, 2006).

Posteriormente, outro importante documento foi publicado. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 reforça as características do processo de planejamento da saúde, ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde (CS). É válido ressaltar que os CS são considerados fundamentais no referido processo, dado que, eles são uma das formas em que a comunidade pode participar do processo de gestão da saúde, que vai desde a definição das diretrizes até a fiscalização e aprovação dos instrumentos de planejamento no SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016).

Após isso, a Portaria GM/MS Nº 2.135 de 2013 que revoga a Portaria GM/MS Nº 3.085 de 2006, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no SUS, dentre as mudanças, fortalece 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 (BRASIL, 2013a).

Para auxiliar nesse processo, em 2011 foi disponibilizado o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), regulamentado pela Portaria nº 575, de 29 de março de 2012. O SARGSUS se tratava de um sistema de uso obrigatório para estados, Distrito Federal e municípios e possibilitava aos gestores a elaboração e envio do RAG ao respectivo CS, que por sua vez registrava o parecer sobre o RAG também pelo sistema. O SARGSUS, que foi utilizado entre 2011 e 2017 permitia aos gestores a possibilidade de anexar os arquivos do PS e da PAS, assim como as resoluções dos CS com os pareceres sobre os referidos instrumentos (BRASIL, 2020a).

Em 2016 o MS publicou o Manual de Planejamento que objetiva auxiliar gestores de saúde na elaboração de instrumentos para o planejamento de ações de saúde nos municípios, regiões de saúde, estados, Distrito Federal e governo federal, assim como, visa ser útil na formação técnica e política de profissionais, gestores e conselheiros de saúde no exercício de planejar a saúde (BRASIL, 2016).

Já em 2017, foi publicada a Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017, que revogou, por consolidação, a Portaria GM/MS Nº 2.135, de setembro de 2013 e a Portaria nº 575, de 29 de março de 2012. A Portaria em questão trata da consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.

A partir de 2018, o registro dos dados relativos aos instrumentos de planejamento por parte dos estados, Distrito Federal e municípios passou a ser feito no DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). O DGMP, regulamentado pela Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019, possibilita o registro das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) do PS, assim como a anualização das metas e registro da previsão orçamentária na PAS e prestação de contas das metas previstas na PAS no RAG, além de campo específico para os gestores anexarem os arquivos do PS e da PAS, bem como as resoluções do CS com os pareceres sobre os instrumentos. Por meio de painéis gerenciais, de acesso público, é possível pesquisar no DGMP a situação de todos os entes quanto à elaboração dos instrumentos de planejamento e a situação de análise nos CS, além da possibilidade de visualizar os instrumentos (BRASIL, 2020a).

3.2.1 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Plano de Saúde (PS) é um dos instrumentos de planejamento municipal, de quatro anos de vigência e elaborado no primeiro ano de gestão, considerando o período entre o segundo e primeiro ano da próxima gestão (MINAS GERAIS, 2013). Os referidos planos de saúde são de elaboração obrigatória pelos entes da Federação, conforme determinam a Lei nº 8.142, de 1990, e a Lei Complementar nº 141, de 2012. A ausência de apresentação do plano de saúde por Estados, Municípios ou Distrito Federal pode resultar na suspensão das transferências federais de recursos para financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

O PS constitui o elemento central de planejamento, devendo apresentar todas as iniciativas no âmbito da saúde, enfatizando os compromissos do governo para esse setor, a partir de análise situacional, das necessidades de saúde da população e das peculiaridades locais. É considerada a base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde, devendo contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade preconizada na legislação que normatiza o SUS (BRASIL, 2017a).

O PS, denominado Plano Municipal de Saúde (PMS) quando se tratar da abrangência de um município, deve ser elaborado a partir das definições estabelecidas nas conferências municipais de saúde, e é o instrumento que integra a formulação dos Planos Estaduais e Nacional, objetivando a construção da rede regionalizada e hierarquizada dos serviços preconizada pelo art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2016).

Dessa forma, o PMS configura um instrumento fundamental não só para a gestão do sistema dos municípios, mas referenciando o planejamento em âmbito estadual e federal. A partir da análise situacional de um município, o PMS apresenta as intenções e resultados a serem

alcançados ao longo de quatro anos, sendo estruturado em objetivos e metas, tendo a operacionalização das suas ações para alcance das metas na PAS e seus resultados no RAG (VIEIRA, 2009).

As intenções de governo devem ser orientadas pela análise situacional do território com base no Mapa da Saúde. De acordo com o Decreto nº 7.508 de 2011, 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, levando em consideração a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferidos a partir dos indicadores e ações de saúde (BRASIL, 2011). A análise situacional deve ser orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e; gestão (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2016).

Após a análise situacional, o PMS deve conter as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, apresentados através de objetivos, diretrizes e metas, bem como, elemento obrigatório para o recebimento de recurso, subsidiando e fortalecendo a gestão municipal e a participação social, na medida em que deve ser apresentado, discutido e aprovado pelo CMS (GALINDO; GURGEL, 2016).

Seguidamente, o PMS deve contemplar o processo de monitoramento e avaliação, com as ações a serem desenvolvidas para que os objetivos planejados possam ser monitorados, avaliados e corrigidos. Essa avaliação deve ser contínua, realizada junto ao CS e abranger o processo geral de desenvolvimento do PMS, contendo os avanços alcançados e os desafios a serem superados (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017a).

A elaboração do PMS que deve ocorrer no primeiro ano de gestão, deve conter minimamente a seguinte estrutura: período de vigência; identificação (esfera de gestão correspondente); ato do CS que avalia o PS; análise situacional, orientada pelo Mapa da Saúde; definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; processo de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2016). Para que o PS tenha validade, o mesmo deve considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do CS respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP (BRASIL, 2019).

3.2.2 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

A Programação Anual de Saúde (PAS) trata-se do instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS, além de objetivar anualizar as metas do plano e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados, portanto, pode-se dizer que a PAS deriva do PS, representando sua operacionalização anual (BRASIL, 2016).

As definições da PAS impactarão em todas as instâncias da gestão e do cuidado em saúde, o que evidencia a necessidade de que todos os atores do cotidiano de trabalho atuem nas referidas definições (BRASIL, 2016 *apud* GARCIA; REIS, 2016). Além disso, a PAS deve orientar a construção da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do governo, que tem por objetivo integrar o Plano Plurianual e a Lei Orçamentária Anual, além de estabelecer as metas e as prioridades da Administração Pública para o seguinte ano (BRASIL, 2016)

A PAS têm os seguintes objetivos: consolidar o papel do gestor na coordenação da política de saúde; viabilizar a regulação, o controle e a avaliação do sistema de saúde; definir a macroalocação dos recursos do SUS para o financiamento do sistema; promover a integração dos sistemas municipais de saúde; explicitar o pacto de gestão e o comando único em cada esfera de governo; contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação de resultado e controle das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2016 *apud* GARCIA; REIS, 2016).

Segundo o Manual de Planejamento do SUS (2016), considerando Estados e Municípios, a PAS deve conter minimamente a seguinte estrutura: período de vigência do PS; identificação (esfera de gestão correspondente); ato do CS que avalia o PS; diretrizes, objetivos e indicadores do PS; metas do PS anualizadas/revisadas; ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do PS; previsão de alocação de recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

A elaboração e a execução da PAS devem observar a elaboração e envio para aprovação do respectivo CS antes do encaminhamento do projeto de LDO do poder executivo do exercício correspondente, cujas informações da saúde farão parte, e execução no ano subsequente. A PAS, é realizada em um ano para aplicação no ano subsequente, devendo ser apreciada pelo respectivo conselho, antes da data de encaminhamento da LDO do respectivo município. Cabe destacar que o prazo de entrega do projeto de LDO na Casa Legislativa é até o dia 15 de abril, portanto, o prazo limite de apresentação ao CS deverá anteceder essa data, de tal modo que permita a apreciação pelo conselho em tempo de envio de possíveis sugestões (BRASIL, 2016). Ainda, a PAS deve ser disponibilizada em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP (BRASIL, 2019).

3.2.3 RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é um dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS que apresenta os desdobramentos das ações previstas na PAS e serve aos processos de monitoramento, avaliação e prestação de contas (GARCIA; REIS, 2016). É através do RAG que são demonstrados os resultados alcançados na atenção integral à saúde, verificando-se a efetividade e eficiência na sua execução. O instrumento é capaz de subsidiar as atividades de controle e auditoria, sendo também uma referência primordial para o exercício do controle e participação social na gestão do SUS (BRASIL, 2021a).

A elaboração do RAG deve ocorrer em conformidade com a PAS e indicar as eventuais necessidades de ajustes no PS. Os resultados do RAG são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na PAS para acompanhar as metas nela fixadas, se configurando também como um instrumento das ações de auditoria e de controle. O mesmo deve ser submetido à apreciação e aprovação do CS e deve ser insumo básico para avaliação do PS (BRASIL, 2017a).

Segundo a Portaria de Consolidação GM/MS Nº 01/17 e o Manual de Planejamento do SUS (2016), o conteúdo do RAG contempla os seguintes itens: identificação (esfera de gestão correspondente), atendendo ao art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990; demografia e dados de morbimortalidade; rede física de saúde; recursos humanos; diretrizes, objetivos e indicadores do PS; metas da PAS previstas e executadas; análise da execução orçamentária; auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do PS.

O RAG é elaborado pelos gestores do SUS e deve ser enviado ao respectivo CS até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP (BRASIL, 2019).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de caráter quantitativo e qualitativo por meio de análise documental.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

A VI Regional de Saúde de Pernambuco, escolhida como área do presente estudo, integra a Macrorregião de Saúde 3 – Sertão, com sede em Serra Talhada e está conformada em duas Microrregiões de Saúde: a X Microrregião de Saúde com sede em Arcoverde, que comporta além da sede, os municípios de Buíque, Custódia, Ibimirim, Pedra, Sertânia, Tupanatinga e Venturosa; e a XI Microrregião de Saúde com sede em Petrolândia, incluindo os municípios de Inajá, Jatobá, Manari e Tacaratu. Sua área territorial cobre 13.706,1 km² (PERNAMBUCO, 2020). A VI Regional engloba 13 municípios e possui uma população de 415.219 habitantes, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2022.

Foram analisados os Planos Municipais de Saúde do período de 2018-2021, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão referentes aos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021 dos municípios da VI Regional de Saúde de Pernambuco.

4.3 COLETA DE DADOS

A busca pelos instrumentos dos municípios da VI Regional foi realizada através do Painel Público da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE/SUS), sítio eletrônico de domínio público e livre acesso (<https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>), que dá acesso as informações de planejamento em saúde, já que ele apresenta os dados inseridos e sistematizados do DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), sistema de preenchimento obrigatório pelos gestores, no qual é realizada a inserção dos instrumentos de planejamento da saúde. A busca pelos instrumentos ocorreu entre 01 e 03 de julho de 2023.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Após a busca dos instrumentos, foi realizada análise da estrutura mínima do PMS e PAS, visto que não são instrumentos elaborados e encaminhados para apreciação do conselho de saúde

via DGMP, diferente do RAG, que obrigatoriamente possui a estrutura preconizada pela legislação vigente, já que o DGMP é o sistema obrigatório para sua elaboração e envio para avaliação e recomendações do CMS, não se fazendo necessária análise da estrutura desse instrumento.

Dessa forma, foi feita uma leitura integral e criteriosa do conteúdo dos documentos encontrados referentes aos PMS e PAS. A análise documental realizada tem como base a Portaria de Consolidação nº 01/17 e o Manual de Planejamento no SUS, elaborado pelo MS. Sendo assim, foi construído um *checklist* com os itens que devem constar nos instrumentos de planejamento analisados conforme os referidos documentos (Quadro 1).

Quadro 1 – *Checklist* para análise da estrutura mínima dos instrumentos de planejamento do SUS.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS)	PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)
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. Análise da situação de saúde com base 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. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; VI. Monitoramento e Avaliação.	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.

Fonte: BRASIL (2017a); BRASIL (2016).

A cada item do *checklist* foi atribuída uma pontuação igual a 1 (um) caso o item estivesse presente no documento, e igual a 0 (zero) na ausência do item. A estrutura mínima de cada instrumento de planejamento foi considerada adequada apenas na presença de todos os itens do

checklist. Desse modo, para que o documento seja considerado adequado em relação a sua estrutura é necessário que atinja 13 pontos, caso seja o PMS, e 7 pontos quando se tratar da PAS. Os resultados das análises das estruturas mínimas dos instrumentos foram sistematizados em tabela com a frequência absoluta e relativa dos itens avaliados.

Levando em consideração os conceitos apresentados nos manuais de planejamento do MS acerca dos itens do PMS e o fato do referido documento ser elemento central do planejamento no âmbito do SUS, é possível aferir a existência de uma relação lógica para a construção da estrutura do PMS. Nessa perspectiva, é viável analisar a coerência interna deste instrumento, ou seja, a compatibilidade dos conteúdos internos do PMS (relação lógica na construção de sua estrutura), visando a eliminação das proposições inconsistentes (FUGINAMI, 2019).

Portanto, após análise de estrutura mínima, os PMS foram submetidos à análise de coerência interna, conforme quadro 2.

Quadro 2 – Análise de coerência interna do PMS.

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

Fonte: Adaptado de FUGINAMI, 2019.

O resultado desse processo permitiu a classificação dos PMS de acordo com o grau de coerência interna, colocando-se, em um dos extremos “totalmente coerente” e no outro “totalmente incoerente” em todos os eixos, com exceção do eixo inicial de análise, que leva em consideração a relação entre os problemas prioritários e a análise situacional. O referido eixo

permite apenas duas classificações, dada a dicotomia da forma de análise dele, colocando assim, em um dos extremos “coerência insuficiente” e o outro “coerência suficiente”. Os critérios de medição do grau de coerência interna permitiram a classificação de coerência do PMS em relação a cada eixo de análise, estabelecendo-se inicialmente um conjunto de hipóteses explicitadas abaixo as quais levam em conta o resultado de cada um dos cinco eixos de análise, avaliados e classificados individualmente, conforme quadro 3.

Quadro 3 – Critérios de medição do grau de coerência interna do PMS e classificação do PMS conforme o eixo de análise.

Problemas prioritários x Análise situacional	a) Se nenhum problema for discutido ou se todos os problemas discutidos não forem consistentes na correlação com os dados apresentados na Análise Situacional o PMS apresenta coerência insuficiente; b) Se os problemas forem discutidos e todos os problemas discutidos apresentarem relação com os dados na análise situacional o PMS apresenta coerência suficiente.
Problemas prioritários x Diretrizes	a) Se nenhum dos problemas forem consistentes na correlação com as diretrizes o PMS é totalmente incoerente; b) Se de 1% a 30% dos problemas forem consistentes apresenta coerência incipiente; c) Se de 31% a 50% dos problemas forem consistentes apresenta coerência parcial; d) Se de 51% a 99% dos problemas forem consistentes apresenta coerência parcial avançada; e) Se 100% dos problemas forem consistentes o PMS é totalmente coerente.
Objetivos x Diretrizes	a) Se nenhum dos objetivos forem consistentes na correlação com as diretrizes o PMS é totalmente incoerente; b) Se de 1% a 30% dos objetivos forem consistentes apresenta coerência incipiente; c) Se de 31% a 50% dos objetivos forem consistentes apresenta coerência parcial; d) Se de 51% a 99% dos objetivos forem consistentes apresenta coerência parcial avançada; e) Se 100% dos objetivos forem consistentes o PMS é totalmente coerente.
Metas x Objetivos	a) Se nenhuma das metas forem consistentes na correlação com os objetivos o PMS é totalmente incoerente; b) Se de 1% a 30% das metas forem consistentes apresenta coerência incipiente; c) Se de 31% a 50% das metas forem consistentes apresenta coerência parcial; d) Se de 51% a 99% das metas forem consistentes apresenta coerência parcial avançada; e) Se 100% das metas forem consistentes o PMS é totalmente coerente.

Indicadores x Metas	a) Se nenhum dos indicadores forem consistentes na correlação com as metas o PMS é totalmente incoerente; b) Se de 1% a 30% dos indicadores forem consistentes apresenta coerência incipiente; c) Se de 31% a 50% dos indicadores forem consistentes apresenta coerência parcial; d) Se de 51% a 99% dos indicadores forem consistentes apresenta coerência parcial avançada; e) Se 100% dos indicadores forem consistentes o PMS é totalmente coerente.
---------------------	--

Fonte: Adaptado de AMORIM, 2016.

Logo em seguida, foi realizada a análise do alcance das metas anuais estabelecidas pelos gestores para o setor saúde (quadro 4). As metas são previstas nas PAS e o alcance delas pode ser visualizado nos RAGs. Foi visto o alcance geral de metas por município em cada ano. Após isso, os RAGs que obtiveram percentual de alcance menor que 100% tiveram o seu item “Análises e Considerações sobre Programação Anual de Saúde – PAS” avaliado com o objetivo de verificar se foi relatada justificativa para o não alcance de metas previstas para realização no ano analisado.

Quadro 4 – Análise do alcance das metas anuais estabelecidas.

Alcance das metas anuais estabelecidas	Forma de análise
Metas anuais previstas x alcance das metas anuais	(Número de metas apresentadas no RAG com percentual de alcance $\geq 100\%$ / Número de metas previstas na PAS) x 100%

Fonte: Autora, 2024.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Ao tomar como base de dados os Planos Municipais de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão que se caracterizam como documentos de natureza secundária e sobretudo por serem de domínio público, a apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa é dispensada para a execução deste estudo (BRASIL, 2013b). Portanto, o estudo utilizou dados secundários de acesso público, seguindo os preceitos éticos e legais exigidos pelas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados contemplam, inicialmente, a análise da estrutura dos PMS e das PAS, enfatizando os seus elementos constitutivos e relação entre eles. Em seguida apresenta-se dados acerca do PMS. Estes resultados foram analisados e discutidos na perspectiva de verificar a existência ou não da coerência interna do PMS. Após isso, identifica-se os resultados referentes ao alcance das metas do setor saúde evidenciados através dos RAGs. E finalmente, são explicitadas proposições que contribuam para o processo de elaboração dos instrumentos analisados.

5.1 PANORAMA GERAL DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS DA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Através da coleta de dados, foram localizados os PMS de 92,3% (n=12) dos 13 municípios. Em relação às PAS, foram disponibilizadas através do DGMP 84,6% (n=11) referentes aos anos de 2018 e 2019, e 76,9% (n=10) referentes à 2020 e 2021.

É válido ressaltar que ao finalizar o preenchimento do plano de saúde, deve-se obrigatoriamente inserir o anexo completo do mesmo e selecionar o status do plano, podendo ser: aprovado, não aprovado ou em análise no Conselho de Saúde. O mesmo processo de finalização ocorre com a inserção do arquivo com a PAS completa e a informação do status de apreciação pelo respectivo CS referente a programação (BRASIL, 2021b).

A partir disso, é possível perceber que nem todos os municípios disponibilizaram os arquivos correspondentes no sistema (Tabela 1). O município de Inajá inseriu um arquivo que não corresponde ao seu plano de saúde no ciclo 2018-2021 no DGMP, assim como nas PAS dos anos de 2019, 2020 e 2021. A mesma situação no que se refere às programações ocorre com os municípios de Buíque e Sertânia em 2018 e com Tacaratu no ano de 2020.

Em contrapartida, a não disponibilidade das PAS de 2020 e 2021 do município de Tupanatinga, trata-se da não finalização dos referidos documentos que ainda estão em elaboração, conforme status no sistema. Essa situação, por sua vez, reverbera na finalização dos RAGs dos referidos anos, visto que o RAG só pode ser liberado para elaboração após inserção das informações e finalização do PMS e das PAS de saúde correspondentes, abrindo para preenchimento na temporalidade devida.

Tabela 1 – Situação dos Planos Municipais de Saúde e das Programações Anuais de Saúde do ciclo 2018-2021 dos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco e disponibilidade no DGMP.

Município	PMS 2018-2021	D	PAS 2018	D	PAS 2019	D	PAS 2020	D	PAS 2021	D
Arcoverde	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Buíque	Aprovado	SIM	Aprovado	NÃO	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Custódia	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Ibimirim	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Inajá	Aprovado	NÃO	Aprovado	SIM	Aprovado	NÃO	Aprovado	NÃO	Aprovado	NÃO
Jatobá	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Manari	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Pedra	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Petrolândia	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Sertânia	Aprovado	SIM	Aprovado	NÃO	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	NÃO
Tacaratu	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	NÃO	Aprovado	NÃO	Aprovado	SIM
Tupanatinga	Em análise no CS	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Em elaboração	NÃO	Em elaboração	NÃO
Venturosa	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM

Legenda: D= Disponibilizado através do DGMP para consulta pública.

Fonte: Autora, 2024. Baseado nos dados da SAGE/SUS – DGMP. Dados consultados em 01/07/2023.

No que tange aos RAGs, foram disponibilizados através do DGMP 92,3% (n=12) referentes ao ano de 2018, 100% (n=13) dos RAGs de 2019, 84,6% (n=11) em 2020 e 76,9% (n=10) referentes à 2021. É importante ressaltar que diferente dos PMS e PAS, esses relatórios são enviados para análise e aprovação do CMS via DGMP, portanto, todos os RAGs finalizados e enviados ao CMS são gerados e disponibilizados para acesso público, estando eles em análise pelo CMS, aprovados ou reprovados.

Tabela 2 – Situação dos Relatórios Anuais de Gestão do ciclo 2018-2021 da VI Região de Saúde de Pernambuco e disponibilidade no DGMP.

Município	RAG 2018	D	RAG 2019	D	RAG 2020	D	RAG 2021	D
Arcoverde	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Buíque	Em elaboração	NÃO	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Custódia	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Ibimirim	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Inajá	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Jatobá	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Em análise no CS	SIM
Manari	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Em elaboração	NÃO
Pedra	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Petrolândia	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Sertânia	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM
Tacaratu	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Não iniciado	NÃO	Em elaboração	NÃO
Tupanatinga	Em análise no CS	SIM	Em análise no CS	SIM	Não iniciado	NÃO	Não iniciado	NÃO
Venturosa	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM	Aprovado	SIM

Legenda: D= Disponibilizado através do DGMP para consulta pública.

Fonte: Autora, 2024. Baseado nos dados da SAGE/SUS – DGMP. Dados consultados em 01/07/2023.

A tabelas 1 e 2 ilustram a situação dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS e a disponibilidade deles através do painel da SAGE que migra os anexos inseridos no DGMP para consulta pública, demonstrando que em 01 de julho de 2023, data em que foi realizado o levantamento dos dados, não constavam o PS, a PAS e o RAG de alguns municípios.

Em suma, 9 (6,8%) instrumentos não foram analisados devido a não finalização dos documentos, e 8 (7,7%) não tiveram avaliação realizada devido a não disponibilização deles. Sendo assim, em um universo de 117 documentos, foi possível a realização da análise de 102 (85,5%) instrumentos. A partir disso, podem ser apontadas duas grandes fragilidades: a ausência de publicização de alguns instrumentos e o descumprimento da agenda do gestor segundo o ciclo de planejamento do SUS, estabelecidos em legislações que regem o sistema e incorporaram tais instrumentos.

A Portaria de Consolidação MS nº 01/2017 reforça que o processo de planejamento no âmbito do SUS tem como pressuposto a transparência e visibilidade. Sendo assim, o gestor municipal do SUS deve esforçar-se para tornar conhecidos os instrumentos de planejamento do SUS (BRASIL, 2017a). Uma das formas utilizadas pela política pública de saúde no Brasil para disponibilizar informação para a sociedade se dá através de documentos de gestão do SUS (SANTOS *et al.*, 2020).

Um dos princípios fundamentais da administração pública é a publicidade conforme previsto no Art. 37 da Constituição Federal de 1988. A lei complementar nº 141/2012 prevê que os órgãos gestores de saúde devem dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde dando ênfase ao Relatório de Gestão, e ainda acrescenta que da mesma maneira será dada ampla divulgação, à programação anual do Plano de Saúde (TCE AMAZONAS, 2021). Sendo assim, pode-se entender que é obrigação de todas as esferas administrativas promover a transparência e a visibilidade por meios eletrônicos, preferencialmente de fácil acesso público, objetivando o cumprimento do direito à informação, participação e controle por instituições, usuários e cidadãos (SANTOS *et al.*, 2020).

Além da publicização dos instrumentos de planejamento do SUS, é fundamental o cumprimento dos prazos legais de apresentação dos documentos junto aos respectivos CS e aos demais órgãos de controle externo, respeitando a agenda do gestor segundo o ciclo de gestão de planejamento do SUS (BRASIL, 2016).

Visto isso, é ideal a atuação dos CS no que tange a discussão, aprovação e divulgação dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, sob os quais os conselhos têm a prerrogativa e a

responsabilidade objetiva (BRASIL, 2017). Os conselhos têm a função de avaliar e emitir parecer conclusivo sobre todos os instrumentos do planejamento da saúde.

Entretanto, estudos como os de Santos *et al* (2020), Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) e Cotta, Cazal e Martins (2010) evidenciam que esses instrumentos mesmo sendo tão importantes, muitas vezes são desconhecidos pelos conselheiros de saúde, principalmente ao se tratar dos representantes dos usuários. Além disso, mesmo se tratando de um locus de controle social e reivindicação para a saúde, esses estudos também apontam um certo desconhecimento da população sobre o papel do CS.

Outro entrave nesse âmbito, trata-se da falta de visibilidade e apoio da população em geral, já que por vezes, o conselho é centrado somente nas entidades de organização civil que estão envolvidas (VIEIRA; CALVO, 2011).

A partir do entendimento da importância da informação transmitida através dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS para o exercício da cidadania, assim como da necessidade de acompanhamento dos mesmos, este estudo analisa os referidos instrumentos que se encontram disponíveis em acesso público, considerado que tratam-se de ferramentas primordiais para o exercício da participação da sociedade na política de saúde.

5.1.1.1. ESTRUTURA MÍNIMA DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

A partir da coleta de dados, foram localizados 12 (92,3%) PMS e 42 (80,8%) PAS dos 13 municípios. Todos os documentos foram submetidos à análise de estrutura mínima. Para auxiliar neste processo, é definido pelo MS em manuais a estrutura mínima de cada instrumento.

O DGMP reproduz então o caráter cíclico do planejamento: as DOMI são registradas no campo específico do PS, que migram para o campo da PAS e posteriormente para o RAGs. Não se trata de uma premissa do sistema, mas do processo de planejamento do SUS. Ressalta-se que o PS não é elaborado e encaminhado para apreciação do CS por meio do DGMP. Nesse sistema, registram-se as DOMI do PS, que já deve ter sido elaborado e submetido à apreciação do CS (BRASIL, 2009).

Após a inserção das DOMI, o gestor anexa ao sistema o arquivo completo do PS e informa o status de apreciação no CS. Em seguida, procede-se à finalização de inserção de dados e documentos relativos ao PS no DGMP. Após a finalização, os campos do PS ficam fechados para edição, sendo que ele pode ser reaberto por meio do botão “Ajustar Plano de Saúde”. Após a finalização do PS, os campos da PAS são habilitados para edição, visto que recebem todas as DOMI registradas no PS (BRASIL, 2021b).

De maneira análoga ao PS, a PAS também não é elaborada e encaminhada para apreciação do CS por meio do DGMP. O que se procede é a anualização das metas, descrição das ações para cumprimento das metas e o registro de informações orçamentárias da PAS, que já deve ter sido elaborada e submetida à apreciação do CS. Após a inserção dos dados, o gestor anexa ao sistema o arquivo completo da PAS e informa o status de apreciação no CS. Após a finalização, os campos ficam fechados para edição, sendo que a PAS também pode ser reaberta por meio do botão “Ajustar Programação Anual de Saúde” (BRASIL, 2021b).

A finalização da PAS é condição para habilitação dos campos dos relatórios (Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA e RAG), observadas as temporalidades de cada um deles. O RAG, objeto de estudo dessa pesquisa, recepciona as DOMI, que originalmente foram registradas no PS, migraram para a PAS e finalmente para os relatórios, no quais são prestadas as contas das metas previstas na PAS. O RAG é elaborado e encaminhado para apreciação no CS por meio do DGMP, sendo preenchido conforme estrutura prevista na legislação vigente, e por isso a análise de estrutura mínima não foi considerada necessária para esses documentos, já que os RAGs elaborados via DGMP, todos já possuem a estrutura completa/adequada (BRASIL, 2021b).

Pode-se enfatizar que planejamento é um processo dinâmico. O PS é construído para um período de 4 anos, devendo ser avaliado anualmente para adequações necessárias de evolução do próprio plano ou a depender do cenário sanitário e epidemiológico (BRASIL, 2020b).

Considerando isso, é primordial mencionar que foram analisadas as estruturas dos últimos PMS inseridos no sistema, visto que 6 municípios adicionaram novamente seus planos e programações ao DGMP para inclusão das metas ou das ações, respectivamente, decorrentes do enfrentamento à pandemia da COVID-19 ocorrida entre 2020 e 2023, que alterou o cenário epidemiológico em todo o mundo, e devido a mesma, os gestores dos estados, Distrito Federal e municípios deveriam solicitar ajuste no plano para inclusão das metas ou inclusão das ações na PAS decorrentes da covid-19.

Ao realizar a análise das PAS dos anos de 2018 e 2019, no que diz respeito às DOMI, foi visto se os documentos continham as DOMI referentes ao plano inserido inicialmente, sem ajustes, já para as PAS de 2020 e 2021 a análise comparativa das DOMI foi realizada com os últimos planos inseridos devido ao período pandêmico que acometia o mundo nos anos 2020 e 2021.

O resultado da análise dos itens do *check-list* dos instrumentos de planejamento podem ser visualizados na Tabela 3, com frequência absoluta e relativa dos itens encontrados nos instrumentos analisados.

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa dos itens encontrados nos instrumentos de planejamento dos municípios da VI região de saúde de Pernambuco avaliados.

Item	n	%
Plano Municipal de Saúde (N=12)		
Período de vigência do Plano de Saúde	12	100
Identificação (esfera de gestão correspondente)	11	91,7
Ata do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde	12	100
Análise situacional completa*	1	8,3
Diretrizes, objetivos, metas e indicadores	9	75,0
Monitoramento e avaliação	3	25,0
Programação Anual de Saúde (N=42)		
Período de vigência do Plano de Saúde	41	97,6
Identificação (esfera de gestão correspondente)	39	92,9
Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde	40	95,2
Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde	22	52,4
Metas do Plano de Saúde anualizadas/revisadas	22	52,4
Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e metas do Plano de Saúde	17	40,5
Previsão de alocação de recursos orçamentários	26	61,9

Legenda: * = 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 pela autora com base em BRASIL (2016).

Observou-se nesta pesquisa que além da indisponibilidade de alguns instrumentos no sistema, existem muitos problemas na estrutura mínima dos mesmos, indicando uma fragilidade no seu desenvolvimento conforme preconizado na legislação. Outro estudo sobre análise dos instrumentos de gestão e planejamento do SUS como o de Almeida e Souza (2013), refere que a gestão apresenta debilidades no desenvolvimento e aplicação dos instrumentos de gestão e planejamento, apresentando estrutura fragilizada e utilizando os instrumentos de forma parcial.

A partir dos resultados apresentados na tabela 3, é possível perceber que o maior obstáculo se encontra na elaboração da análise situacional completa nos planos de saúde, visto que apenas um município recebeu pontuação nesse item. Marques (2015) enfatiza a importância da análise situacional nos PMS, afirmando que o conhecimento da situação de saúde do município é uma importante ferramenta de gestão, identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde existentes no território, considerando que esse conhecimento deve fornecer

subsídios para o planejamento de ações de saúde visando à melhoria contínua das condições de saúde da população.

Realizar a análise da situação de saúde da população de um território pressupõe ter acesso ou produzir informações de qualidade. Quando o plano não contempla a realização dessa análise, ele estará à mercê de inúmeros imprevistos. Dessa forma, a análise situacional é para o PMS uma leitura da realidade municipal, apresentando sua estrutura e necessidades (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

Compreendendo assim, que a relevância da análise situacional é justificada na medida que se entende a importância de cumprir de maneira adequada essa etapa para alcançar os resultados necessários com o PMS, tendo em vista que apenas por meio de uma análise bem estruturada é possível elencar diretrizes que contemplem a real necessidade do território, viabilizando assim, a captação de recursos para questões realmente condizentes às demandas populacionais. Portanto, é importante que as equipes gestoras dos municípios estudados assimilem a relevância dessa análise e disponham de ferramentas voltadas para sua realização.

Ademais, é vista ainda na análise dos PMS, a fragilidade no que tange a ausência do item de monitoramento e avaliação que deveria compor todos os PMS, estando presente apenas em 3 (25%) dos mesmos. O monitoramento e avaliação presente no plano refere-se ao método crítico-reflexivo adotado pela gestão para priorizar a identificação dos pontos de fragilidade que farão jus à adoção de medidas ou intervenção para superação dos entraves que impedem o alcance do resultado previsto, indo além de uma simples verificação de resultados (SANTA CATARINA, 2021).

Seguidamente, é importante ressaltar que semelhante aos resultados encontrados no estudo de Fuginami (2019) sobre estrutura dos instrumentos de planejamento do SUS em Santa Catarina, também houve municípios que apresentaram dificuldades na elaboração das DOMI do PMS. Por consequência, considerando sua integração, este item foi o segundo mais inconsistente na PAS (tabela 3).

Sabe-se que devido ao sistema DGMP, o qual apresenta funcionalidades de preenchimento dos instrumentos de planejamento, além de facilitar sua integração, obrigatoriamente as DOMI inseridas no PS migram para PAS e posteriormente para o RAG. Sendo assim, no sistema não há a possibilidade de serem DOMI diferentes nos documentos, exceto ocorra o fato dos gestores solicitarem ajustes nos PS com as PAS fechadas e não seja solicitada a realização de ajustes nas programações, algo que não foi analisado através do presente estudo. O que se pode concluir através da pesquisa é que gestores da VI região de saúde de Pernambuco enviaram 20 (47,6%)

PAS na íntegra que contém DOMI diferentes das que foram estabelecidas nos PMS anexados no sistema.

Além disso, também se verificou 26 (38,1%) PAS sem preenchimento do item “Previsão da alocação de recursos orçamentários”. Considerando essas problemáticas apontadas na PAS, o estudo de Fuginami (2019) aponta a falta de conhecimento dos gestores e técnicos sobre a interligação entre os instrumentos de planejamento e gestão do SUS e os instrumentos de governo, já que a PAS deve orientar a alocação de recursos para a saúde na LDO e LOA do governo. Sendo assim, não é garantido uma das importantes finalidades da PAS em um percentual considerável de programações.

Vieira (2009) aponta que essa desconexão entre as programações de saúde e o orçamento em cada ente federado também contribui para menor efetividade das políticas, já que por vezes, o orçamento é elaborado sem considerar as ações definidas para o exercício financeiro.

Por conseguinte, ressalta-se o ponto mais crítico da análise da PAS, se destacando mais do que as DOMI e previsão da alocação dos recursos, tratando-se do item “Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e metas do Plano de Saúde”, que só foi encontrado em 17 (40,5%) PAS. Conforme conceituação disposta em Notas Técnicas Estaduais que orientam a elaboração da PAS, afirma-se que a PAS tem como um de seus principais propósitos, determinar o conjunto de ações de maneira sistematizada que permitam concretizar os objetivos definidos no PS (MATO GROSSO DO SUL, 2017). Sendo assim, uma PAS que não contém suas respectivas ações, não atende uma de suas maiores finalidades, já que ela não apresenta os procedimentos que devem nortear o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do PS.

Com base na análise de estrutura dos instrumentos de planejamento do SUS da VI Região de Saúde de Pernambuco no quadriênio de 2018-2021, é válido ressaltar a análise detalhada que pode ser visualizada através do Apêndice A, na qual destacam-se os municípios de Custódia e Tupanatinga que obtiveram 12 pontos na estrutura dos PMS, seguidos por Arcoverde com 11 pontos, de um total de 13 itens investigados. Em relação à conformação das PAS, destaca-se o município de Arcoverde que apresentou a estrutura completa em todos os anos avaliados, seguido pelo município de Custódia que revelou o mesmo resultado durante três anos, evidenciados pela obtenção de 7 pontos, conforme detalhamento da análise constante no Apêndice B.

Todavia, ao examinar o cenário regional, é legítimo considerar que a elaboração dos instrumentos ainda não é totalmente satisfatória, pois apenas 11 PAS de todos os 54 documentos analisados, incluindo PMS e PAS, possuem a estrutura completa e pode-se assim, considerar-se adequada. Logo, faltam elementos-chave em 43 (79,6%) documentos, que são preconizados pelas

normativas, demonstrando a irrelevância conferida às mesmas e ao processo de planejamento do SUS que deve culminar em instrumentos bem estruturados para subsidiar a tomada de decisões, refletir a necessidade local e consequentemente alcançar maior eficiência na alocação de recursos e maior efetividade das políticas públicas para a resolução dos problemas de saúde da população, tendo o PMS como elemento central desse processo nos municípios.

5.1.2 COERÊNCIA DO ELEMENTO CENTRAL DE PLANEJAMENTO NO SUS: O QUE PODEMOS APREENDER?

O Plano Municipal de Saúde expressa as decisões adotadas pela gestão municipal, frente aos problemas e necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva, a identificação de suas eventuais fragilidades pode contribuir para subsidiar processos de qualificação das práticas de trabalho do planejamento em saúde, tanto na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, órgão responsável pelo apoio técnico, quanto para os gestores do SUS de âmbito municipal (AMORIM, 2016; BRASIL, 1990b). Diante desta contextualização, foi cabível questionar até que ponto os PMS dos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco que foram elaborados para o quadriênio 2018-2021 apresentam coerência entre os problemas identificados, análise situacional e as DOMI.

Tabela 4 – Análise da coerência interna dos PMS dos municípios da VI Região de Saúde Pernambuco de 2018-2021.

Municípios	Análise situacional x Problemas prioritários	Problemas prioritários x Diretrizes	Objetivos x Diretrizes	Metas x objetivos	Indicadores x Metas
Arcoverde	NÃO	0%	100%	51%	49,7%
Buíque	NÃO	0%	100%	44,9%	0%
Custódia	NÃO	0%	100%	96,5%	71%
Ibimirim	NÃO	0%	90%	0%	88,2
Jatobá	NÃO	0%	100%	22,4%	0%
Manari	NÃO	0%	72,7%	31%	0%
Pedra	NÃO	100%	100%	93,2%	93%
Petrolândia	NÃO	0%	100%	26,4%	64,2%
Sertânia	NÃO	0%	100%	78,1%	37%
Tacaratu	NÃO	0%	81,8%	90,9%	45,5%
Tupanatinga	NÃO	0%	100%	38,7%	42,5%
Venturosa	NÃO	0%	100%	43%	50%

Fonte: Elaborado pela autora com base em FUGINAMI (2019).

Através da tabela 4, pode-se observar que na investigação de coerência entre análise situacional x problemas prioritários, nenhum dos municípios apresentou coerência suficiente. Esse resultado se dá pela ausência de correlação entre os itens ou pela inexistência da apresentação de problemas prioritários ou de análise situacional nos PMS. Um resultado diferente foi apresentado no estudo da coerência interna dos PMS de Santa Catarina realizado por Fuginami (2019) que ao analisar o mesmo eixo, demonstrou que todos os documentos analisados possuíam os itens citados anteriormente e que apenas 25% dos PMS analisados não apresentaram nos problemas prioritários dados levantados e discutidos na análise situacional.

A análise situacional do município que deve ser inserida no PMS é considerada um ponto de partida para elaboração do referido documento, já que permite a identificação das necessidades de saúde e seus problemas para determinar as prioridades de ação a serem inseridas no plano (PERNAMBUCO, 2021).

Em relação a análise de coerência entre problemas prioritários x diretrizes, apenas 1 (8,3%) PMS demonstrou ser totalmente coerente, enquanto os outros foram considerados totalmente incoerentes, devido à ausência da correlação entre os itens analisados ou ausência dos problemas prioritários.

Esse resultado reforça o que foi dito por Oliveira (2013) em seu estudo que objetivou analisar a formulação de um PMS. O autor apontou para necessidade de priorização e aperfeiçoamento do processo de seleção de problemas prioritários para construção do plano, afirmando que a utilização dos métodos e técnicas selecionados pela equipe de planejamento visualizado em seu estudo, se revelaram frágeis, no momento em que o conjunto de problemas identificados pelos atores, não é totalmente sistematizado quanto a sua relevância e importância estratégica antes da seleção definitiva, assim como também enfatizou a insuficiência dos mesmos, indicando a essencialidade dessa etapa para a construção de um PMS.

Em sua pesquisa, Amorim (2016), que visava analisar a coerência interna de um PMS, também demonstrou que assim como esse estudo, os problemas de saúde não foram apresentados claramente, nem se explicitava ordem de prioridades para seu enfrentamento. Consequentemente, os objetivos também enunciados não apresentavam clareza e nem correspondência com os problemas apontados.

A identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de uma determinada população e do sistema de serviços de saúde em um PMS, objetiva identificar necessidades sociais, determinar prioridades de ação e definir objetivos referentes às melhorias das condições de vida e saúde, que serão expressas na alteração dos indicadores epidemiológicos

e sociais da população (OLIVEIRA, 2013).

Dando continuidade à análise, pode ser visualizado o resultado em relação ao eixo de diretrizes x objetivos, sendo encontrados 9 (75%) PMS totalmente coerentes e 3 (25%) PMS apresentando coerência parcial avançada. Ao se tratar do eixo de metas x objetivos, 1 (8,3%) PMS foi visto como totalmente incoerente, 1 (8,3%) apresenta coerência incipiente, enquanto 6 (50%) PMS apresentam coerência parcial e 4 (33,3%) exibem coerência parcial avançada. No que tange ao eixo de indicadores x metas, 3 (25%) PMS foram considerados totalmente incoerentes, 5 (41,7%) apresentam coerência parcial e 4 (33,3%) demonstram uma coerência parcial avançada.

Esse resultado referente a coerência das DOMI, reflete o que foi identificado durante a realização da análise, na qual foi possível perceber a dificuldade de entendimento claro da conceituação dos termos ‘diretriz’, ‘objetivo’, ‘meta’ e ‘indicador’ por parte dos responsáveis pela elaboração dos documentos. A mesma situação foi visualizada no estudo de Galindo e Gurgel (2016) também envolvendo os PMS dos municípios da VI região de saúde, no qual demonstrou a falta de entendimento do significado de diretriz, objetivo e meta, afirmando que a viabilidade de concretização desses três elementos tão primordiais do plano depende, sistematicamente, de como são elaborados e de como se relacionam.

Conforme a Nota Técnica nº 02/2021 da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, que apresenta orientações metodológicas gerais para construção de um PMS, as diretrizes são formulações que pressupõem uma linha de ação a ser seguida, de forma objetiva para delimitar as prioridades do plano. Já os objetivos devem denotar coerência, uma vez que expressam o que se pretende fazer frente aos problemas identificados na análise situacional. As metas concretizam o objeto no tempo, sendo expressas quantitativamente para possibilitar a sua mensuração. E o indicador, por sua vez, trata-se de uma razão que expressa a situação determinada, a partir da relação entre variáveis existentes e programadas que permitam medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas (PERNAMBUCO, 2021; GALINDO; GURGEL, 2016).

Em suma, ao considerar a análise de coerência dos PMS disponibilizados de maneira individual, destaca-se o PMS do município de Pedra, que apesar de apresentar coerência insuficiente no eixo correspondente a relação entre problemas prioritários e análise situacional, demonstrou-se totalmente coerente na análise dos dois eixos seguintes e revelou coerência parcial avançada nos demais conteúdos avaliados.

No entanto, ao analisar a coerência dos PMS de forma abrangente, presume-se que, se fossem mais cuidadosamente desenvolvidos, poderiam ampliar o suporte aos Secretários

Municipais de Saúde na condução da gestão do SUS no município, uma vez que nenhum dos PMS demonstra completa coerência em todos os eixos da análise. Essa situação se dá em parte, pela sua construção genérica, derivada da deficiente ou mesmo inexistente análise da situação de saúde do município e em sua maioria, da ausência do processamento de problemas prioritários, assim como da definição pouco coerente das metas e formas de determinar o grau de cumprimento do que foi proposto.

5.1.3 AS AÇÕES PREVISTAS NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS E OS RESULTADOS ALCANÇADOS

O Relatório Anual de Gestão, instrumento do processo de planejamento em saúde, caracteriza-se como uma ferramenta estratégica para o controle social, na medida em que possibilita o monitoramento e a avaliação do desenvolvimento da política de saúde através da sistematização e divulgação das informações sobre os resultados obtidos em cada território (VIEIRA, 2009).

No presente trabalho, foi analisado o alcance das metas estabelecidas pelo setor saúde em cada município da VI região de saúde de Pernambuco no período entre 2018 e 2021. Através da tabela 5 pode ser visualizado que 6 (11,5%) relatórios não estão disponíveis devido a não elaboração dos mesmos por parte de 4 municípios. No primeiro ano estudado, apenas 3 municípios alcançaram 100% das metas previstas. Já nos anos seguintes, apenas 1 município por ano executou em sua totalidade as metas programadas em suas PAS. Em uma amostra de 46 relatórios, pode-se perceber que foi relatada a não execução total das metas estabelecidas em 40 (87%) deles.

O RAG demonstra os resultados alcançados na atenção integral à saúde, verificando-se a efetividade e eficiência na sua execução e avalia o desempenho anual dos indicadores e das metas traçadas pelos PMS. Os demonstrativos dos RAGs evidenciam os resultados físicos alcançados pela política de saúde no exercício do quadriênio 2018-2021 e faz ponderações sobre esse conjunto de informações, avaliando as perspectivas de cada linha de atuação (BRASIL, 2021a). Dessa forma, consoante ao panorama geral da região fornecido através da análise, pode-se declarar que o desempenho das metas traçadas a partir do processo de construção do PMS e programada nas PAS, está aquém do desejável. Contudo, é válido ressaltar que no presente cenário o município de Inajá se sobressai ao apresentar o cumprimento de metas em sua totalidade por dois anos consecutivos e a manutenção de um percentual de alcance das metas

pactuadas acima de 80% nos anos subsequentes.

Tabela 5 – Percentual de alcance das metas dispostas nos RAGs por município e ano de execução e realização de justificativa sobre o não cumprimento de metas.

Municípios	2018		2019		2020		2021	
	Alcance de metas	J	Alcance de metas	J	Alcance de metas	J	Alcance de metas	J
Arcoverde	87,2%	NÃO	84%	NÃO	78,8%	SIM	60,6%	SIM
Buíque	X	X	95,2%	NÃO	75,4%	SIM	75,7%	SIM
Custódia	85,1%	NÃO	90,6%	SIM	85,5%	SIM	84,3%	SIM
Ibimirim	53,2%	NÃO	36,4%	NÃO	36,4%	NÃO	45,5%	SIM
Inajá	100%	-	100%	-	97,8%	NÃO	84,4%	NÃO
Jatobá	65,7%	NÃO	4,3%	NÃO	100%	-	48,7%	SIM
Manari	100%	-	53,3%	NÃO	67%	NÃO	X	X
Pedra	98,2%	NÃO	98,2%	NÃO	83,5%	NÃO	100%	-
Petrolândia	73,1%	NÃO	61,3%	NÃO	61,8%	SIM	51,4%	SIM
Sertânia	70,6%	NÃO	82,4%	NÃO	63%	NÃO	64,4%	SIM
Tacaratu	100%	-	67,9%	NÃO	X	X	X	X
Tupanatinga	27,5%	NÃO	20%	NÃO	X	X	X	X
Venturosa	96,4%	NÃO	78,2%	SIM	80%	SIM	91,4%	NÃO

Legenda: J = Presença de justificativa. X= Documento indisponível (não finalizado).

Fonte: A autora, 2024. Baseado nos relatórios disponibilizados através da SAGE/SUS – DGMP. Dados consultados em 01/07/2023.

Seguidamente, foi analisado se os gestores realizaram uma justificativa sobre o não alcance das metas estabelecidas no item “Análises e Considerações sobre Programação Anual de Saúde – PAS” disponível no RAG após preenchimento do alcance das metas nos RAGs que relataram esse descumprimento. Dos 40 RAGs nesta situação, só foram realizadas justificativas em 14 (35%) deles.

Outro ponto a ser observado é que 85,7% dos RAGs que possuem essa justificativa são de 2020 e 2021, período em que se deu a pandemia de Covid-19, sendo essa a justificativa mais utilizada nos referidos documentos. Dessa forma, pode ser visualizado uma certa falta de importância dada a completude do instrumento e as informações que devem ser transmitidas à população. Esses resultados corroboram com os achados de Pinafo *et al.* (2016) em seu estudo, o qual afirmou que apesar dos gestores terem conhecimento do RAG, a sua utilização durante o processo de planejamento se demonstra incipiente e normativa (PINAFO *et al.*, 2016).

5.2 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS: COMO APRIMORAR O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO?

Ao longo dos anos observou-se o processo de institucionalização e consolidação do planejamento em saúde no SUS como parte essencial da gestão. O planejamento em saúde é

obrigatório para os entes federados, devendo ser ascendente e integrado, orientado pelas necessidades de saúde da população, adequando às necessidades à disponibilidade de recursos financeiros, com maior participação e compartilhamento nos processos decisórios e protagonismo do nível local de gestão (OLIVEIRA, 2017).

Desenvolver o planejamento em saúde é uma ação que promove a transformação de uma situação inadmissível para outra que se deseja ou ainda que seja considerada ideal, sendo um aliado para o gestor e sua equipe, pois o planejamento em saúde possui ferramentas importantes para identificar problemas (MENDES, 1994).

O planejamento é componente de uma determinada análise de como os fatos deveriam ser e permite definir que caminhos seguir para alcançar a sua palpabilidade. Aborda ainda que se deve definir com antecedência sobre o que fazer para transformar as condições atuais, de modo a alcançar os objetivos necessários (GALINDO; GURGEL, 2016).

De acordo com Silva e Vieira (2015) em seu estudo, um método considerado efetivo na execução do planejamento exige definição de responsabilidades, monitoramento e avaliação. Há também a necessidade de alguns rearranjos institucionais e envolvimento de gerências formais com as operações. Nesse sentido, um método exitoso que pode ser citado é o Planejamento Estratégico Situacional (PES), no qual o planejamento e gestão são inseparáveis. Matus (1993), impulsionador do método, afirma que para iniciar o ato de planejar, necessita-se saber muito bem quais os problemas que incomodam a população.

Nessa perspectiva, cabe versar sobre a adoção efetiva do PES para aprimoramento do processo de planejamento em saúde, o qual resulta na construção dos instrumentos de planejamento da saúde, mais especificamente do SUS, objeto de estudo do presente trabalho. Haja vista a fragilidade da análise situacional em sua completude em 91,7% de PMS do presente estudo, se faz primordial o destaque ao PES, que de acordo com Kleba, Krauser, Vendruscolo (2011), tem como um elemento-chave a realização de diagnóstico situacional, levantando problemas, priorizando e definindo nós críticos na medida em que ele é realizado, respeitando os momentos que estruturam todo o seu desenvolvimento.

O PES é estruturado em momentos-chave. O primeiro, denominado momento explicativo, propõe estratégias para identificar, descrever e explicar os problemas, considerando as informações objetivas e subjetivas como a percepção dos diversos atores sobre os problemas visualizados, levando em consideração uma análise da situação encontrada (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

É válido ressaltar que quando se fala na análise situacional, é ideal que sua realização

ocorra por meio de oficinas de trabalho em grupo que possibilitem aos setores/equipes apresentarem suas realidades. A análise de cenários no âmbito da saúde pode ser aplicada a departamentos e equipes/áreas técnicas ou de gestão para facilitar a compreensão do cenário, contribuindo para a análise situacional. Quando construídas pelos diversos atores, é uma potente ferramenta para o planejamento em saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2017).

A segunda etapa do PES, o momento normativo, dispõe acerca da definição de objetivos e resultados a alcançar, bem como a previsão de estratégias e ações necessárias para seu alcance. Já a terceira etapa, denominada de momento estratégico, trata da análise dos recursos econômicos, administrativos e políticos, necessários e/ou disponíveis. É nela que, a partir dos objetivos traçados, devem ser previstos projetos de intervenção, estabelecendo sua sequência temporal e os efeitos esperados. Já a quarta etapa, o momento tático-operacional, prevê a programação da implementação das propostas, incluindo cronograma, recursos, atores responsáveis e participantes na execução (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Ainda de acordo com Kleba, Krauser, Vendruscolo (2011), planejamento e gestão são inseparáveis na visão do PES. O plano é um compromisso que prevê ações visando o alcance de resultados. E para esse alcance, é necessário trabalhar com informação seletiva, reduzindo-se a variedade de informações, para que os atores envolvidos, e especialmente o gestor, não se percam em dados irrelevantes que podem dispersar do foco ao invés de contribuir na análise do processo e dos resultados produzidos.

O processo de planejamento permite estabelecer, no território, o compromisso e a responsabilização das equipes de saúde e população em planejar com base no território, e para tal se faz necessário organizar e utilizar um conjunto de instrumentos e sistematizar dados e informações, considerando cada um dos momentos do PES (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017).

O planejamento é uma ação estratégica da gestão pública que objetiva ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde, estando o mesmo intimamente relacionado à gestão do SUS. Para tal fim, o PES é uma ferramenta apropriada para o desenvolvimento de habilidades e competências fundamentais ao processo de planejamento e gestão, direcionando as ações cotidianas para o alcance das metas estabelecidas (ARAÚJO, 2014).

Pode-se dizer também que para o desenvolvimento desse processo a partir da utilização de ferramentas que o auxilie, é necessário o envolvimento de sujeitos proativos nas práticas cotidianas, vislumbrando um trabalho ativo, dinâmico e efetivo, revelando-se desde a ação,

mediante os desafios que se constituem no âmbito proeminente em que atuam (TELES *et al.*, 2019).

Para que isso ocorra, é importante destacar o que pode ser visto no estudo de Rocha, Martinello e Fagundes (2012) que demonstra ser essencial que a equipe de planejamento em saúde dos municípios esteja em constante atualização para a elaboração e uso prático dos instrumentos de planejamento do SUS, sendo fundamental a manutenção desse processo, voltado a resgatar/construir a cultura de planejamento no âmbito do SUS.

É válido enfatizar a importância dessa atualização e da frequência desses processos formativos, haja vista a grande rotatividade dos trabalhadores nos serviços e a necessidade de aperfeiçoamento na área de planejamento com ênfase nos documentos resultantes desse processo, para que se promova constante alinhamento entre os instrumentos de planejamento e gestão. Esse processo viabiliza a elaboração de instrumentos específicos do SUS coerentes com os instrumentos financeiros e orçamentários de governo, assim como a consonância entre as ações propostas (LIMA, 2009).

O planejamento em saúde contribui para o reconhecimento e sistematização dos problemas do território, bem como na construção coletiva de soluções. O pressuposto da participação de diferentes atores sociais engajados nesse processo é também o que possibilita ao PES definir estratégias e ações correspondentes às distintas necessidades, na perspectiva da solução dos problemas descritos e priorizados (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017).

Pensando nos atores sociais que compõem esse processo de construção dos instrumentos, resultado do desenvolvimento do planejamento em saúde, deve-se citar outro ponto crítico evidenciado pelo estudo que é a atuação dos CMS. Conforme a Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de maio de 2012, o Conselho propicia a participação da sociedade organizada na administração da saúde no município, atua com funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras, com objetivos de discutir, analisar, estabelecer, acompanhar, controlar, avaliar e fiscalizar a implementação da política municipal de saúde inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiro.

Com a finalidade de aumentar a responsabilização do Estado em relação à política de saúde, a Lei Federal nº 141 de 2012 estabelece que os CS passam a ter uma posição mais elevada no ciclo de gestão do SUS de forma que eles têm a prerrogativa de avaliar e emitir parecer conclusivo o RAG e, ainda, a legislação do SUS e dos Conselhos normatizam que os mesmos também apreciem e aprovem tanto o PS como a PAS. A Lei 141/2012 determina ainda, que os

municípios deverão dar ampla divulgação às prestações de contas da área da saúde para consulta e apreciação da população.

No presente trabalho, identificou-se que a maior parte dos municípios não construiu adequadamente os instrumentos de gestão e outra parte não os enviou nos prazos estabelecidos, o que também denota a fragilidade da participação social na construção e no acompanhamento da execução desses instrumentos que é realizada através da atuação dos CMS. Outro ponto importante, que não é objeto de estudo do presente trabalho, mas deve ser destacado é a posição dos gestores à frente da coordenação dos CMS. Dos 7 PMS que apresentavam identificação do CMS, 3 (42,9%) demonstravam que o gestor de saúde municipal era também o presidente do CMS.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 554, de 15 de setembro de 2017, define que: “A autoridade máxima da direção do SUS em sua esfera de competência não deve e nem pode acumular o exercício de presidente do Conselho de Saúde, a fim de privilegiar o princípio da segregação das funções de execução e fiscalização da Administração Pública”. Conforme a legislação, não há proibição e punição caso o gestor assuma este cargo, porém não é apropriado 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 CMS e todas as suas fragilidades, e buscar auxílio dos conselhos estaduais e nacional de saúde, fortalecendo o controle social e o planejamento local em saúde. Dada a importância dos instrumentos de planejamento do SUS, se faz necessário institucionalizar a sua construção e seu uso efetivo no planejamento e execução das ações em saúde, assim como sua devida publicização, necessária para o exercício da participação da sociedade na política de saúde (FUGINAMI, 2019).

Diante da intersecção entre os instrumentos de planejamento, a importância para o setor saúde e a atuação dos CS, torna-se evidente a importância do aprimoramento do exercício deficitário dos CS, já que conforme Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde de 2012, essas instituições de representação em saúde devem desempenhar papel de fiscalização e participação, fundamental para fortalecer o controle social, assegurar a oferta de serviços de qualidade e promover uma gestão mais responsável e alinhada às reais necessidades da sociedade.

Ademais, é importante salientar a problemática existente nos CS no primeiro ano de gestão, já que nele os conselheiros, não tendo a capacitação adequada, detêm menos conhecimento sobre o seu papel e disso se dá a importância de práticas educativas constantes adotadas no conselho.

Apesar dessas práticas não solucionarem tais inconformidades na sua completude, elas são capazes minimizar as assimetrias que envolvem a atuação dos conselheiros de saúde e atingir níveis desejáveis de influência desses atores no controle público (BORTOLI; KOVALESKI, 2019).

Demo (1996) considera um grande entrave para melhoria da atuação do CS, a baixa visibilidade dada aos mesmos e acredita que essa visibilidade, materializada pela criação de canais de comunicação com a população, é um fator decisivo para a prática democrática. Pois é importante fornecer o entendimento sobre a importância da informação para o exercício da cidadania e fortalecimento desse locus de participação social na política de saúde.

É imprescindível a capacitação contínua dos conselheiros de saúde, por meio de cursos, seminários, fóruns, e outros meios, com a finalidade de promover maior participação nas políticas públicas, assim como orientação para os conselheiros gestores e usuários acerca do desenvolvimento de todo o processo político e administrativo, desenvolvendo-se um comprometimento dos atores sociais nesse trabalho (SOUSA; BINDE, 2019).

Mesmo com toda a sua importância para os cidadãos, pode-se afirmar que a participação popular ativa dentro dos conselhos só é possível quando a sociedade, em sua diversidade, detém o aporte de conhecimentos que promovem a vontade de participar e consequente a participação efetiva (SOUSA; BINDE, 2019).

Logo, é importante que as instâncias gestoras também possibilitem o empoderamento da população, como um conjunto de sujeitos ativos, também detentores de conhecimento, com vistas a gerar mudanças nos que tange aos encaminhamentos da saúde no território (SILVA *et al.*, 2015). Para tanto, é necessário que todos os atores sejam ouvidos e participem coletivamente do planejamento e programação das ações e serviços de saúde, pois a ação conjunta é capaz de provocar as desejáveis e necessárias mudanças (SUTIL *et al.*, 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento municipal em saúde é um processo democrático em que são partes o Poder Executivo e as entidades representativas do povo legalmente constituídas. Deste processo resultam estratégias para atender às necessidades de saúde da população. Estas estratégias estão consubstanciadas no plano de saúde e são anualizadas na programação anual de saúde, tendo nos relatórios de gestão sua avaliação e monitoramento.

Identificou-se que a maior parte dos representantes do setor saúde dos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco não construiu adequadamente os instrumentos de planejamento e gestão do SUS. Com isso, apresenta-se primeiramente falha no planejamento municipal, além das esferas estadual e federal, visto que é de responsabilidade dos mesmos a fiscalização descendente. E considerando que esses instrumentos não podem ser apenas documentos preenchidos por mera burocracia, sem conexão com a realidade, é necessário identificar e analisar como estão dispostos os CMS, responsáveis pela aprovação dos instrumentos, para entender suas dificuldades e fragilidades, e deste modo buscar auxílio dos conselhos estaduais e nacional de saúde, fortalecendo o controle social e o planejamento em saúde local.

Visando a melhoria do cenário encontrado, são citadas no estudo proposições que contribuam para elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, como a aplicação do método de Planejamento Estratégico Situacional, o fortalecimento dos CMS, o aumento da publicização dos instrumentos e o aprimoramento da capacidade técnica através da promoção de capacitações voltadas para as equipes de planejamento em saúde e todos os atores envolvidos na elaboração dos instrumentos. Isso revela um firme propósito de utilizar o planejamento como meio de promover o crescimento e, eventualmente, a transformação da situação de saúde existente nos municípios.

Como limitações deste estudo, é possível elencar a falta de informações sobre os responsáveis pela elaboração dos instrumentos e a forma como estes foram elaborados, o que poderia possibilitar a diferenciação, por exemplo, entre aqueles construídos de forma democrática e cooperativa e aqueles provenientes das empresas de consultorias contratadas pela gestão para elaborar os instrumentos para o município. Além disso, a forma de análise da coerência interna dos PMS e os critérios de medição do grau de coerência interna dos PMS e classificação dos mesmos foram adaptadas a critério da pesquisadora, a partir de duas metodologias de trabalhos distintos, considerando a escassez de produção literária que forneça maior embasamento

metodológico acerca da temática. Dessa forma, a limitada quantidade de pesquisas anteriores sobre o tema abordado, também, pode ser apontada como uma limitação do estudo.

A inadequação com relação à estrutura mínima e coerência interna dos instrumentos analisados não necessariamente desqualificam o instrumento como um todo, assim como a sua adequação estrutural e o grau de coerência interna não significa que as informações ali preenchidas são compatíveis com a realidade do município e efetivamente subsidiam o planejamento das ações por parte da gestão. Ademais, ao se tratar da análise de alcance das metas dispostas nos relatórios, ressalta-se que não foi realizado comparativo com outros sistemas de informação para investigação da veracidade do alcance das metas apresentadas. Sendo assim, a análise aqui proposta não permite juízo de valor com relação ao caráter de compatibilidade das informações dos instrumentos de gestão com a realidade dos municípios.

Contudo, os dados apresentados no presente estudo contribuem com grande sentido para necessária discussão entre gestores e profissionais de saúde no tocante ao desenvolvimento do planejamento no SUS, enfatizando a importância da participação social na construção e acompanhamento dos seus instrumentos, que devem ser utilizados como norteadores e condutores do processo de tomada de decisões e de aperfeiçoamento das ações e avaliação dos serviços de saúde prestados nos municípios. A atual pesquisa também fornece subsídios que devem contribuir para novos estudos e para o aprimoramento das práticas de todos os profissionais e atores sociais envolvidos no processo de planejamento da saúde no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. R. C; SOUZA, M. K. B. 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, 2013.

AMORIM, E. P. S. **O Plano Municipal de Saúde de um município do Estado do Tocantins: análise de coerência interna e externa** – Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2016. 109 f.

ARAÚJO, L. Gomes. **Orçamento público: instrumento de planejamento e controle no município de Queluz/SP**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2014, 54 f.

ÁVILA, D. V. B. **O uso do relatório de gestão de saúde como ferramenta de gestão municipal: estudo de caso com municípios gaúchos**. Porto Alegre, 2012. 52f. TCC (Especialização em Gestão em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/67684>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BORTOLI, F. R; KOVALESKI, D. F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde da região Sul do Brasil. **Saúde em debate**, vol. 43, n. 123, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília – DF, 2003. 248 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília - DF, Seção I, p. 59, 2013b. Disponível em: <<https://portaldespesas.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/mottinlmm/pdf/capa.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. **Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de

fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2012.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

BRASIL. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS – CGFIP. **Boletim Informativo - Situação dos Instrumentos de Planejamento**. Junho, 2020a. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/jqclZDnaceqgQmOrQwtX6JjbdxWDffTtrpvOVT43.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 21 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 21 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, v. 4, p. 138, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF, 2017a. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 22 fev. 2024.

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). **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 14 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.085, de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF, 2006. Seção 1, p. 39.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575_29_03_2012.html>. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2019. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html>. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2020**. Brasília – DF, 2021a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2020.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. **Manual do usuário: DigiSUS gestor: módulo planejamento**. Brasília, 2021b. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. Coordenação-geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS. **NOTA TÉCNICA Nº 7/2020-CGFIP/DGIP/SE/MS**. Brasília, 2020b.

BRASIL. 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 – DF, 2009. 318 p

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF, 2016b. Disponível em: <<http://bit.ly/2fmnKeD>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**. Brasília – DF, 2012.

CARVALHO, Elisa Maria Ramos. **Usos e “desusos” do planejamento: uma análise sobre planos municipais de saúde**. Salvador, 2014. 47 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia.

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 em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/10861>>. Acesso em: 28 jan. 2023.

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, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/svbb8wvFSPJp7mZwnbcbNdK/?lang=pt>>. Acesso em: 28 jan. 2023.

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Instrumentos de planejamento no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2016. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/instrumentos-de-planejamento-no-sus/>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

COTTA, R. M. M; CAZAL M; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010; vol. 15, n. 5, p. 2437-2445,

COTTA, R. M. M; CAZAL, M; RODRIGUES, J. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 2, p. 419-438, 2009.

CUNHA, E. R. **Planejamento das ações de saúde na Atenção Básica do Nordeste do BRASIL**. São Luís, 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Universidade Federal do Maranhão. 92 f. Disponível em: <<http://tedebc.ufma.br:8080/jspui/handle/tede/1730#preview-link0>>. Acesso em: 25 jan. 2023.

DEMO, P. Participação é conquista. Noções de Política Social Participativa. **Imprensa Universitária da UFCE**. Fortaleza, 1996.

FERREIRA, S.C.C; SILVA, L.B; MIYASHIRO, G.M. Planejamento em saúde. In: GONDIM, G. M. M; CHRISTÓFARO, M. A. C; MIYASHIRO, G. M (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: fundamentos**. v. 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 137-164.

FUGINAMI, Cássio Noboro. **Análise dos Instrumentos de Gestão em Saúde dos Municípios de Santa Catarina**. Florianópolis, 2019. 83p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina.

FURTADO, J. P. *et al*. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/BBqjwR8cvsrVKVNB9BfKTp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 25 jan. 2023.

GALINDO, A. C; GURGEL, A. M. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. RECIIS – **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. vol. 10, n.4, 2016.

GARCIA, P. T; REIS, R. S. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: programação anual de saúde e relatório anual de saúde**. São Luís, 2016. 35f. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7361/1/GP2U2.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados - Pernambuco**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe.html>. Acesso em: 14 set. 2022.

KLEBA, M. E; KRAUSER, I. M; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto contexto - Enfermagem**. Florianópolis, 2011. V. 20, n. 1, p. 184-193. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/MJ874KDGTwVjm9f4LWpcvCR/?lang=pt>>. Acesso em: 25 jan. 2023.

LIMA, H. O. **Alinhamento dos Instrumentos de Planejamento do SUS com outros Instrumentos de Gestão**. II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 9: Inovações no sistema de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), 2009.

GIL, C. R. R; LUIZ, I. C; GIL, M. C. R. **Gestão pública em saúde: a Importância do planejamento na gestão do SUS**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São

Luís, 2016. 39f. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7359/1/GP1U3.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2023.

MACÊDO, D. F *et al.* Potencialidades e Desafios do Processo de Planejamento Integrado: A Experiência de uma Secretaria Municipal de Saúde do Nordeste Brasileiro. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v.7, n.1, p. 183- 195, jan./abr., 2018.

MARQUES, L. D. R. **Situação de Saúde do Município de Panambi: Avanços e Desafios para Gestão**. Panambi, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Programa Nacional de Formação em Administração – Escola de Administração/UFRGS - Universidade Aberta do Brasil.

MARTINS, C. C; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e Desafios enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. **Revista de Gestão em Sistema de Saúde**. São Paulo, 2015. vol.4, n.1, p.100-109. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/12733>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria do Estado de Saúde. Coordenadoria–Geral de Planejamento e Suporte Técnico. **Nota Técnica nº 05 – Roteiro de Apoio à Elaboração dos Planos Municipais de Saúde**. Campo Grande, 2017.

MENDES, E. V. **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPAS/OMS, 1994.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011. 549p. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2023.

MINAS GERAIS. Secretária Estadual de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1970 de 18 de novembro de 2012. **Diário Oficial de Minas Gerais**. Instrutivo de Planejamento, Compilado Geral. Belo Horizonte: SES-MG, 2013. p.120.

MINTZBERG, H. Ascensão e queda do planejamento estratégico. **Bookman**. São Paulo, 2004.

MIRANDA, A. S.; CARVALHO, A. L. B.; CAVALCANTE, C. G. C. S. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2012, vol.17, n.4, p.913-920. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400013>> Acesso em: 10 jan. 2023.

MOTTIN, Lucia Maria. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município - Um estudo no Rio Grande do Sul**. Rio de Janeiro, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ.

NUNES, Lucas Guimarães. **Um Estudo do Plano Municipal de Saúde dos Municípios da Região de Saúde Nanuque-MG**. São João del-Rei, 2018. 60 p. Trabalho de Conclusão (Graduação em Gestão Pública). Universidade Federal de São João Del-Rei.

OLIVEIRA, Nadja Ferreira. **Desempenho de ações de planejamento e gestão: análise de relatório anual de gestão municipal, Pernambuco**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2017. 41 f. Vitória de Santo Antão, 2017

OLIVEIRA, Péricles Santos. **Análise dos planos municipais de saúde da região pertencente à Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros**. Diamantina, 2020. 42 p. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente). Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

OLIVEIRA, H. M. **Análise do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Cuiabá, Mato Grosso**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2013. 99p.

PAIM, J. S. Planejamento para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco**. Pernambuco, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa. **Nota Técnica nº 02/2021 – Orientações Gerais para a Construção do Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025**. Pernambuco, 2021. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/nota_tecnica_no02_21_orientacoes_para_construcao_do_pms_2022-2025_1.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2023.

PERNAMBUCO. VI Região de Saúde de Pernambuco. **Mapa de Saúde da VI Região do Estado de Pernambuco**. Secretaria Estadual de Saúde, Gerência da VI Região de Saúde de Pernambuco - 1ª Edição – Pernambuco: SES - PE, 2020.

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

ROCHA, A. A. R. M; SOUZA, M.K.B. Planejamento em saúde: concepções, “tentativas” e desafios para a prática. In: SOUZA, M.K.B., comp. **Planejamento e gestão em saúde:** caminhos para o fortalecimento das hemorredes [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 15-43. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788523220273.0003>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

ROCHA, J. S. Y. Da Cendes-Opas ao PlanejaSUS: teoria e prática do planejamento em saúde no Brasil. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). **Política e gestão pública em saúde.** São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011. cap. 11, p. 261-284.

ROCHA, C. M. V; MARTINELLO, A. G; FAGUNDES, A. G. B. Capacitação para o Planejamento em Saúde: Uma Contribuição à Implementação do PlanejaSUS. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.36, n.2, p.560-576, 2012.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. **Guia para Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025.** Florianópolis, 2021. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-municipal/plano-municipal-de-saude/18268-guia-para-elaboracao-do-pms-2022-2025/file>>. Acesso em: 28 dez. 2023.

SANTOS, C.L *et al.* Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4389-4399, 2020.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. **Instrumentos de Planejamento de Saúde.** São Paulo, 2017. Disponível em: <https://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/instrumentos_de_planejamento.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SCHONS, S. A. F. S. **Plano Municipal de Saúde de Montenegro/RS 2014-2017 e interface com os relatórios quadrimestrais de gestão.** Novo Hamburgo, 2015. TCC (Especialização em Gestão em Saúde). Programa Nacional de Formação em Administração Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SERRA, A. Modelo Abierto de Gestión para Resultados en el Sector Público. **Revista del CLAD Reforma y Democracia** - Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo Venezuela. V. 39, n. 39, p. 149–210, oct - 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533693007>>. Acesso em: 21 jan. 2023.

SILVA, B. F. S. *et al.* A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.183-196, jan-mar, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dKZ6TDYZgxrPPhLCzhzxx9v/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 08 jan. 2022.

SOUSA, M. A. V. M; BINDE, J. L. **A importância do controle social dentro do Conselho Municipal de Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnólogo em Gestão Pública) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso, 2019.

SUTIL A. D. C *et al.* O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, vol. 39, n. 104, 2015.

TCE DO AMAZONAS – TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO AMAZONAS. **Orientação Técnica: Instrumentos de Planejamento do SUS**. 2021. Disponível em: <https://www2.tce.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/INSTRUMENTOS_DE_PLANEJAMENTO_DO_SUS-2.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2023.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques teóricos-metodológicos do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA C. F. (Org.). **Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TELES, F. I. D *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, vol. 8, núm. 1, pp. 27-38, 2020.

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

VIEIRA, M; CALVO, M. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 27, n. 12, p. 2315-2326, 2011.

APÊNDICE A – ESTRUTURA DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Município	Período de vigência do Plano de Saúde	Identificação (esfera de gestão correspondente)	Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde	ANÁLISE SITUACIONAL								Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores	Monitoramento e Avaliação	TOTAL
				Estrutura do sistema de saúde	Redes de atenção à saúde	Condições sociossanitárias	Fluxos de acesso	Recursos financeiros	Gestão do trabalho e da educação na saúde	Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde	Gestão			
Arcoverde	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	11
Buíque	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	10
Custódia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12
Ibimirim	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Inajá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Jatobá	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Manarí	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	8
Pedra	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	6
Petrolândia	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	9
Sertânia	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Tacaratu	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	7
Tupanatinga	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	12
Venturosa	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6
TOTAL	12	11	12	10	7	8	3	7	3	1	6	9	3	-

Fonte: Autora, 2024.

Município	ANÁLISE SITUACIONAL								TOTAL
	Estrutura do sistema de saúde	Redes de atenção à saúde	Condições sociossanitárias	Fluxos de acesso	Recursos financeiros	Gestão do trabalho e da educação na saúde	Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde	Gestão	
Arcoverde	1	1	1	0	1	1	0	1	6
Buíque	1	1	1	1	1	0	0	1	6
Custódia	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Ibimirim	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inajá	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Jatobá	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Manarí	1	1	1	0	1	0	0	1	5
Pedra	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Petrolândia	1	1	1	0	1	0	0	1	5
Sertânia	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Tacaratu	1	1	1	0	0	0	0	0	3
Tupanatinga	1	1	1	1	1	1	0	1	6
Venturosa	1	0	1	0	0	0	0	0	2
TOTAL	10	7	8	3	7	3	1	6	-

Fonte: Autora, 2024.

APÊNDICE B – ESTRUTURA DAS PROGRAMAÇÕES ANUAIS DE SAÚDE

2018								
Município	Período de vigência do Plano de Saúde	Identificação (esfera de gestão correspondente)	Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde	Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde	Metas do Plano de Saúde anualizadas/revisadas	Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde	Previsão de alocação de recursos orçamentários necessários ao	TOTAL
Arcoverde	1	1	1	1	1	1	1	7
Buíque	-	-	-	-	-	-	-	0
Custódia	1	1	1	0	0	0	0	3
Ibimirim	1	1	1	1	1	1	1	7
Inajá	1	1	0	0	0	0	1	3
Jatobá	1	1	1	0	0	0	1	4
Manari	1	1	1	0	0	0	1	4
Pedra	1	1	1	0	0	0	0	3
Petrolândia	1	1	1	0	0	1	0	4
Sertânia	-	-	-	-	-	-	-	0
Tacaratu	1	1	0	0	0	0	1	3
Tupanatinga	1	1	1	0	0	0	0	3
Venturosa	1	1	1	0	0	0	1	4
TOTAL	11	11	9	2	2	3	7	-

Fonte: Autora, 2024.

2019								
Município	Período de vigência do Plano de Saúde	Identificação (esfera de gestão correspondente)	Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde	Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde	Metas do Plano de Saúde anualizadas/revisadas	Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde	Previsão de alocação de recursos orçamentários necessários ao	TOTAL
Arcoverde	1	1	1	1	1	1	1	7
Buíque	1	1	1	0	1	0	0	4
Custódia	1	1	1	1	1	1	1	7
Ibimirim	1	1	1	1	1	0	1	6
Inajá	-	-	-	-	-	-	-	0
Jatobá	1	1	1	0	0	0	1	4
Manari	1	1	1	0	0	0	1	4
Pedra	1	1	1	0	0	0	0	3
Petrolândia	1	0	1	1	1	1	0	5
Sertânia	0	1	1	1	0	0	0	3
Tacaratu	-	-	-	-	-	-	-	0
Tupanatinga	1	1	1	1	1	1	1	7
Venturosa	1	1	1	1	0	0	1	5
TOTAL	10	10	11	7	6	4	7	-

Fonte: Autora, 2024.

2020								
Município	Período de vigência do Plano de Saúde	Identificação (esfera de gestão correspondente)	Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde	Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde	Metas do Plano de Saúde atualizadas/revisadas	Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde	Previsão de alocação de recursos orçamentários necessários ao cumprimento	TOTAL
Arcoverde	1	1	1	1	1	1	1	7
Buíque	1	1	1	0	1	0	0	4
Custódia	1	1	1	1	1	1	1	7
Ibimirim	1	1	1	1	1	0	1	6
Inajá	-	-	-	-	-	-	-	0
Jatobá	1	1	1	0	0	0	1	4
Manari	1	1	1	0	0	0	1	4
Pedra	1	1	1	0	0	0	0	3
Petrolândia	1	0	1	1	1	1	0	5
Sertânia	1	1	1	1	1	1	1	7
Tacaratu	-	-	-	-	-	-	-	0
Tupanatinga	-	-	-	-	-	-	-	0
Venturosa	1	1	1	1	0	0	0	4
TOTAL	10	9	10	6	6	4	6	-

Fonte: Autora, 2024.

2021								
Município	Período de vigência do Plano de Saúde	Identificação (esfera de gestão correspondente)	Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde	Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde	Metas do Plano de Saúde atualizadas/revisadas	Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde	Previsão de alocação de recursos orçamentários necessários ao cumprimento	TOTAL
Arcoverde	1	1	1	1	1	1	1	7
Buíque	1	1	1	0	1	0	0	4
Custódia	1	1	1	1	1	1	1	7
Ibimirim	1	1	1	1	1	1	0	6
Inajá	-	-	-	-	-	-	-	0
Jatobá	1	1	1	0	0	0	1	4
Manari	1	1	1	0	0	0	1	4
Pedra	1	1	1	1	1	1	1	7
Petrolândia	1	0	1	1	1	1	0	5
Sertânia	-	-	-	-	-	-	-	0
Tacaratu	1	1	1	1	1	0	1	6
Tupanatinga	-	-	-	-	-	-	-	0
Venturosa	1	1	1	1	1	1	0	6
TOTAL	10	9	10	7	8	6	6	-

Fonte: Autora, 2024.

**APÊNDICE C – ANÁLISE DA COERÊNCIA INTERNA DOS PLANOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE**

Município	1	2			3			4			5		
		2.1	2.2	%	3.1	3.2	%	4.1	4.2	%	5.1	5.2	%
Arcoverde	Não	0	0	-	17	17	100,0	77	151	51,0	75	151	49,7
Buíque	Não	0	0	-	35	35	100,0	119	265	44,9	0	0	-
Custódia	Não	0	0	-	54	54	100,0	193	200	96,5	142	200	71,0
Ibimirim	Não	0	0	-	72	80	90,0	0	282	0,0	82	93	88,2
Inajá	Não	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jatobá	Não	0	0	-	35	35	100,0	17	76	22,4	0	0	-
Manari	Não	0	0	-	8	11	72,7	88	284	31,0	0	0	-
Pedra	Não	51	51	100	5	5	100,0	110	118	93,2	107	115	93,0
Petrolândia	Não	0	0	-	53	53	100,0	14	53	26,4	34	53	64,2
Sertânia	Não	0	0	-	14	14	100,0	57	73	78,1	27	73	37,0
Tacaratu	Não	0	0	-	18	22	81,8	30	33	90,9	15	33	45,5
Tupanatinga	Não	0	0	-	13	13	100,0	55	142	38,7	68	160	42,5
Venturosa	Não	0	0	-	30	30	100,0	191	444	43,0	39	78	50,0

Legenda:
1 = Os problemas prioritários foram discutidos e apresentam relação com os dados apresentados na Análise Situacional? (Sim/Não);
2 = (Número de problemas prioritários com diretriz correspondente (coerentes)/Número total de problemas prioritários elencado no PMS) x100;
2.1 = número de problemas correspondentes; **2.2** = número de problemas totais;
3 = (Número de objetivos correspondentes (coerentes) com as diretrizes/Número total de objetivos elencado no PMS) x100
3.1 = número de objetivos correspondentes; **3.2** = número de objetivos totais;
4 = (Número de metas correspondentes (coerentes) com os objetivos/Número total de metas elencado no PMS) x100
4.1 = número de metas correspondentes; **4.2** = número de metas totais;
5 = (Número de indicadores correspondentes com as metas (coerentes)/Número total de indicadores elencadas no PMS) x100
5.1 = número de indicadores correspondentes; **5.2** = número de indicadores totais.

Fonte: Autora, 2024.

**APÊNDICE D – ANÁLISE DO ALCANCE DAS METAS ANUAIS ESTABELECIDAS
PARA O SETOR SAÚDE**

Município	2018				2019				2020				2021			
	PAS	RAG	>100%	Justificativa	PAS	RAG	>100%	Justificativa	PAS	RAG	>100%	Justificativa	PAS	RAG	>100%	Justificativa
Arcoverde	156	136	87,2	não	156	131	84,0	não	170	134	78,8	sim	170	103	60,6	sim
Buique	-	-	-	-	227	216	95,2	não	268	202	75,4	sim	268	203	75,7	sim
Custódia	181	154	85,1	não	181	164	90,6	sim	200	171	85,5	sim	204	172	84,3	sim
Ibimirim	79	42	53,2	não	11	4	36,4	não	11	4	36,4	não	11	5	45,5	sim
Inajá	45	45	100,0	-	45	45	100,0	-	45	44	97,8	não	45	38	84,4	não
Jatobá	70	46	65,7	não	70	3	4,3	não	76	76	100,0		76	37	48,7	sim
Manari	45	45	100,0	-	45	24	53,3	não	176	118	67,0	não	-	-	-	-
Pedra	112	110	98,2	não	112	110	98,2	não	127	106	83,5	não	127	127	100,0	
Petrolândia	505	369	73,1	não	31	19	61,3	não	34	21	61,8	sim	35	18	51,4	sim
Sertânia	51	36	70,6	não	51	42	82,4	não	73	46	63,0	não	73	47	64,4	sim
Tacaratu	28	28	100,0	-	28	19	67,9	não	-	-	-	-	-	-	-	-
Tupanatinga	80	22	27,5	não	80	16	20,0	não	-	-	-	-	-	-	-	-
Venturosa	55	53	96,4	não	55	43	78,2	sim	70	56	80,0	sim	70	64	91,4	não

Fonte: Autora, 2024.