

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

DEIVISSON SOUZA JORDÃO

**A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM FOCO NO PLANO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SUL CAPIXABA**

VITÓRIA/ES

2021

DEIVISSON SOUZA JORDÃO

**A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM FOCO NO PLANO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SUL CAPIXABA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maressa Cristiane Malini de Lima.

VITÓRIA/ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

J82i Jordão, Deivisson Souza
A integralidade da assistência à saúde com foco no Plano Municipal de Saúde de um município do sul capixaba / Deivisson Souza Jordão. - 2021.
101 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maressa Cristiane Malini de Lima

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Assistência integral à saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Políticas públicas de saúde. 4. Planejamento em saúde. 5. Assistência à saúde. I. Lima, Maressa Cristiane Malini de. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.102681

DEIVISSON SOUZA JORDÃO

**A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM FOCO NO
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

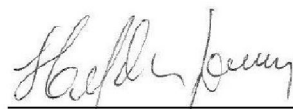
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 29 de julho de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Maressa Cristiane Malini de Lima
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof. Dr. Helder Gomes
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof. Dr. Renato Almeida de Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo- UFES

Dedico esta pesquisa à Deus, meus
filhos, minha esposa, minha mãe e às
minhas avós.

À Deus toda honra, glória, louvor e ações de graças, por reluzir a menina dos meus olhos com essa conquista, que, outrora, já não permeava mais os meus sonhos.

Também, agradeço à minha família por suportar esta metamorfose de vida. A ausência nos momentos importantes não foi suficiente para apagar o nosso amor e os sentimentos que irradia a nossa relação. A torcida, o clamor, toda a ajuda, sem dúvida me fortaleceu; cuja gratidão não consigo resumir.

Agradeço especialmente a minha Mãe. Minha heroína, que, com a chegada da nossa pequena e dadivosa Isis, segurou com mãos fortes a mim, a minha esposa, virtuosa e guerreira companheira de mestrado, e o meu pequeno Davi (minha dádiva, cujo amor permeia a descrição do infinito, se for possível o descrever).

Agradeço, ainda, a minha orientadora; e, a todos que ajudaram com suas informações e dados a produzir conhecimento para esta pesquisa.

E agradeço à Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy pela possibilidade de realização deste mestrado. Por transformar o desenvolvimento local em sonhos possíveis para as gerações presentes e futuras.

Muitos homens devem a grandeza da sua vida aos obstáculos que tiveram que vencer.

Charles Haddon Spurgeon

RESUMO

A integralidade da assistência à saúde visa assegurar ao cidadão auxílio a todas as necessidades de saúde do ser humano, utilizando-se do Plano de Saúde para dirigir às áreas de atenção delimitadas a uma sociedade. Diante do questionamento sobre a utilização do Plano de Saúde para garantia da assistência à saúde, tem-se como objetivo desta pesquisa analisar a integralidade da assistência à saúde do ponto de vista das ações estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de um município da região sul do Estado do Espírito Santo. Trata-se de um estudo exploratório de natureza aplicada e método qualitativo, fundamentado em análise documental e bibliográfica. Os documentos em análise, de caráter oficial e público, são: O Plano Municipal de Saúde, como documento central nesta abordagem; o Programa Anual de Saúde; o Relatório Anual de Gestão; e as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa análise será realizada com auxílio de um roteiro de análise documental. A análise dos resultados constituiu sete categorias temáticas: “atenção básica”; “estrutura do sistema de saúde”; “redes de saúde”; “assistência farmacêutica”; “ciência e tecnologia”; “monitoramento e avaliação” e “vigilância em saúde”. A discussão dos resultados possibilitou o debate sobre aspectos que caminham na direção da integralidade, mas também evidenciou temas importantes que deve ser objeto de maiores investimentos por parte do município pesquisado. As informações apresentadas podem subsidiar o município em novas políticas para assegurar os princípios da integralidade, mas, especialmente, no aprimoramento das metas que não foram atingidas.

Palavras-Chave: Assistência Integral à Saúde; Planejamento em Saúde; Assistência à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

The integrality of health care aims to ensure the citizen assistance to all the health needs of human beings, using the Health Plan to direct care areas delimited to a society. Faced with the questioning about the use of the Health Plan to guarantee health care, the aim of this research is to analyze the integrality of health care from the point of view of the actions established in the Municipal Health Plan of a municipality in the southern region of State of Espírito Santo. This is an exploratory study of an applied nature and qualitative method, based on documentary and bibliographic analysis. The documents under analysis, of official and public character, are: The Municipal Health Plan, as a central document in this approach; the Annual Health Plan; the Annual Management Report; and the guidelines for the planning process within the Unified Health System. This analysis will be carried out with the aid of a document analysis script. The analysis of the results constituted seven thematic categories: "basic care"; "health system structure"; "health networks"; "pharmaceutical care"; "science and technology"; "monitoring and evaluation" and "health surveillance". The discussion of results enabled the debate on aspects that move towards integrality, but also highlighted important themes that should be the object of greater investments by the researched municipality. The information presented can support the municipality in new policies to ensure the principles of integrality, but especially in the improvement of goals that were not achieved.

Keywords: Integrality Health Care; Health Planning; Health Care; Public Health Policies; Unified Health System (SUS).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Diretriz nº 1 do Plano Municipal de Saúde.	40
Tabela 2: Diretriz nº 5 do Plano Municipal de Saúde.	53
Tabela 3: Diretriz nº 2 do Plano Municipal de Saúde.	59
Tabela 4: Diretriz nº 3 do Plano Municipal de Saúde.	64
Tabela 5: Objetivo nº 5.8, referente à Diretriz nº 5 do Plano Municipal de Saúde.....	67
Tabela 6: Objetivos nº 5.5, 5.10, 5.11 e 5.12 da Diretriz nº 5 do Plano Municipal de Saúde.	69
Tabela 7: Diretriz nº 4 do Plano Municipal de Saúde.	72

LISTA DE SIGLAS

ACE - Agentes de Combate a Endemias
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AME - Atrofia Muscular Espinhal
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSij - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.
CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
COMASO - Comissão de Avaliação de Saúde do Trabalhador
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DANTS – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNCI - Doenças de Notificação Compulsória Imediata
DRC - Doença Renal Crônica
EAS - Estabelecimentos de Atendimento em Saúde
EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
EPI - Equipamento de Proteção Individual
ESF - Equipe de Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV - Papiloma Vírus Humano
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PAS – Programação Anual de Saúde
PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDVISA - Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA - Plano Plurianual
PSE - Programa Saúde na Escola
RAG - Relatório Anual de Gestão
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REMEME - Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RUE - Rede de Urgência e Emergência
SARGSUS - Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho
SISPACTO - Sistema de Pactuação Interfederativa de Indicadores
SISVAN - Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo
VA - Vigilância Alimentar
VISA - Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. O SUS E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE	17
2.1. LEGISLAÇÕES BÁSICAS ESTRUTURANTES DO SUS	17
2.2. GESTÃO, ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO	27
2.3. INTEGRALIDADE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	31
2.4. PLANO DE SAÚDE	33
3. METODOLOGIA	36
3.1. TIPO DE PESQUISA	36
3.2. LOCAL DO ESTUDO	37
3.3. ANÁLISE DOS DADOS	38
3.4. QUESTÕES ÉTICAS	38
4. RESULTADOS	40
4.1. ATENÇÃO BÁSICA	40
4.1.1. Metas atingidas	43
4.1.2. Metas parcialmente atingidas	47
4.1.3. Metas não atingidas	50
4.2. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE	53
4.2.1. Metas atingidas	56
4.2.2. Metas parcialmente atingidas	57
4.2.3. Metas não atingidas	58
4.3. REDES DE SAÚDE	59
4.3.1. Metas atingidas	62
4.3.2. Metas parcialmente atingidas	63
4.3.3. Metas não atingidas	63
4.4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	63
4.4.1. Metas atingidas	65
4.4.2. Metas parcialmente atingidas	65
4.4.3. Metas não atingidas	66
4.5. CIÊNCIA E TECNOLOGIA	66
4.5.1. Metas atingidas	68
4.6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	68

4.6.1. Metas atingidas	70
4.6.2. Metas parcialmente atingidas	70
4.6.3. Metas não atingidas.....	70
4.7. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	71
4.7.1. Metas atingidas	74
4.7.2. Metas parcialmente atingidas	76
4.7.3. Metas não atingidas.....	77
4.7.4. Resultados inconclusivos	79
5. DISCUSSÃO	81
5.1. PRINCIPAIS METAS NÃO ATINGIDAS	81
5.2. PRINCIPAIS METAS ATINGIDAS.....	86
REFERÊNCIAS.....	95

1. INTRODUÇÃO

A integralidade é uma essência do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja visão valoriza o ser humano como um bem maior, focando sua atenção na condição de saúde de todos os cidadãos, como um direito. Esse conceito requer compreender que o ser humano deve ser analisado e atendido como um todo e em todas as suas necessidades (BRASIL, 1990).

Segundo Souza et al. (2012, p. 454), “a integralidade [...], envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas e o incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas assistenciais”. Portanto, a integralidade da assistência à saúde é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, que, vão desde a prevenção e promoção da saúde ao tratamento de agravos, seja individual ou coletivo, no âmbito de cada caso ou níveis de complexidade do sistema, visando assegurar ao cidadão auxílio a todas as necessidades de saúde do ser humano, conforme previsto na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990).

Esse composto subjetivo de necessidades, ações e níveis de complexidade, materializa-se no Plano de Saúde, previsto na Portaria nº 2.135. Utilizado como uma ferramenta central de planejamento e gestão no âmbito de cada uma das três esferas de gestão do SUS, Federal, estadual e Municipal, o Plano de Saúde deve contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a finalidade e objetivo da assistência à saúde planejada (BRASIL, 2013).

Diante do questionamento sobre a utilização do Plano de Saúde para garantia da integralidade da assistência à saúde, pressupõe-se que a falta desta fica caracterizada pela não execução das ações planejadas para o atendimento de uma determinada necessidade de saúde apurada da análise situacional de uma determinada sociedade.

Esta dissertação de mestrado em tela está concentrada à “Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local” e linha de pesquisa “Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais” do Programa de Mestrado em Políticas

Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Esta pesquisa analisou a integralidade da assistência à saúde do ponto de vista das ações estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de um município de pequeno porte da região sul do Estado do Espírito Santo.

Considerando que a assistência à saúde brasileira deixou de ser exclusivo da classe trabalhadora, desde 1988, quando promulgado na Constituição (BRASIL, 1988), que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, levando a política de saúde a institucionalizar um princípio dedicado exclusivamente à integralidade de assistência à saúde, questionamentos sobre a falta desta, ou seja, falta de assistência à saúde, precisam ser feitos a fim de identificar as causas e propor soluções aos problemas que impedem a plenitude desse princípio.

Integralidade da assistência à saúde com foco no Plano de Saúde significa poder enxergar as necessidades de uma determinada sociedade, assim como a organização dos níveis de atenção da saúde, às ações propostas para o enfrentamento ao estado situacional e o alcance dos objetivos almejados. Portanto, o Plano de Saúde é uma ferramenta de planejamento que se caracteriza pela materialização do objetivo da integralidade no âmbito de cada esfera de gestão, apontando o que está garantido de assistência à saúde individual e/ou coletiva e permitindo ver o que não está se garantindo e/ou sendo executado como proposto.

Ao longo de onze anos, tenho minha experiência profissional dedicada à saúde pública, coordenando o Fundo Municipal de Saúde de um município da região sul do Estado do Espírito Santo. Logo observo que, o tratamento dado ao Plano Municipal de Saúde, como ferramenta de planejamento e gestão para o desenvolvimento da assistência integral à saúde do cidadão poderia ser tema de pesquisa para o fortalecimento da política de saúde, além de contribuir com a comunidade acadêmica e científica no aprofundamento do conhecimento sobre o tema em estudo, principalmente sobre municípios de pequeno porte e/ou mais retirados dos grandes centros urbanos e pólos de assistência à saúde, dada a escassez de mão de obra e serviços de saúde, que podem comprometer a garantia da integralidade da assistência à saúde.

Destaca-se, que, o Plano Municipal de Saúde, como é chamado esse instrumento de planejamento em nível de gestão dos municípios, têm papel de grande relevância social, e não deve ser tratado como um fenômeno isolado de gestão, uma vez que, ele dirige as ações de cuidado e atenção sobre os interesses de saúde do cidadão. Assim, vale compreender que a sociedade depende de um Plano de Saúde elaborado com base nas suas necessidades de saúde e, de que, esse seja executado com essa visão.

Dessa forma, a pergunta da pesquisa deve ser contextualizada. Neste estudo, o problema de pesquisa reside na pergunta: as ações de saúde municipais estão de acordo com os princípios da integralidade? A integralidade da assistência à saúde visa assegurar ao cidadão auxílio a todas as necessidades de saúde do ser humano, utilizando-se do Plano de Saúde para dirigir às áreas de atenção delimitadas a uma sociedade e garantir a integralidade dessa atenção. Assim, questiona-se se as ações propostas neste instrumento de gestão estão sendo executadas para garantia da integralidade da atenção à saúde planejada. Diante do questionamento sobre a utilização do Plano de Saúde para garantia da assistência à saúde, o intuito desta pesquisa foi o de realizar uma análise sobre a integralidade da assistência à saúde do ponto de vista das ações estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de um município da região sul do Estado do Espírito Santo, como será descrito a seguir.

2. O SUS E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

2.1. LEGISLAÇÕES BÁSICAS ESTRUTURANTES DO SUS

Toda conduta e ações aceitáveis ou recusáveis de uma organização ou de um indivíduo são estabelecidas por lei ou instruções técnicas, que visam à organização de um sistema ou sociedade. No campo da política de saúde, não é diferente. E requer de todo ator que a operar, conhecimento e aperfeiçoamento sobre a regularização dessa ciência, que é evolutiva. Segundo Schmieguel (2010):

[...] em geral, as leis têm a finalidade de proteger alguns valores que o legislador considera socialmente relevantes, tais como a vida, a honra, a liberdade, a justiça, a segurança, a igualdade, a integridade física e moral, o

trabalho, o bem estar e outros dessa natureza (SCHMIEGUEL, 2010, p. 131).

Interpretado como um direito social, à saúde é um objetivo comum garantido a toda a sociedade brasileira, que parte da Constituição Federal de 1988, a pedra angular em que se apoiam todas as legislações do Sistema Único de Saúde (SUS), à qualidade de vida dos indivíduos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

Além de um direito, a saúde é um objetivo de relevância pública, tendo na Constituição uma seção composta de cinco artigos específicos para tratar desse tema, que visam o desenvolvimento de políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de adoecimento e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços que a promove, protege e recupera.

Diante da perspectiva sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, leis complementares e ordinárias foram criadas a fim de regulamentar o SUS. Portanto, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, com previsão de participação, em caráter complementar, da iniciativa privada:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990, s/p).

O SUS tem seus objetivos e atribuições, previstos no Art. 5º, da Lei nº 8.080/1990, os quais devem ser observados e conservados pelos órgãos e instituições públicas.

São eles: a) A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º da Lei nº 8.080/1990:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, s/p).

E, c) A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Esses objetivos são sistêmicos e tem o propósito de transformar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sob a óptica da universalidade, da equidade e da integralidade.

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 88-90), a investigação dos determinantes sociais de saúde é essencial para avaliação das condições de saúde de uma população, e contribui para o avanço do processo de qualificação do sistema sanitário brasileiro e a construção de uma sociedade mais humana e justa. As desigualdades em saúde, para além de geradoras de injustiça, são sistemáticas, podendo, no entanto, ser evitadas. Portanto, a identificação e divulgação desses fatores são indispensáveis para o planejamento das ações e serviços de saúde, seja no âmbito da esfera municipal, estadual e federal.

Consequentemente, a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, encontra parâmetro na análise situacional dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. Em seu artigo, Keinert (1997), definiu o seguinte para interpretar esse objetivo:

O princípio da universalização da assistência à saúde estabelece livre acesso aos serviços por toda a população, rompendo com a lógica contributivista anterior, na qual apenas os setores da sociedade vinculados ao mercado de trabalho recebiam assistência. Isso representou, obviamente, um grande avanço, dadas as características socioeconômicas do país, ou seja, ampliaram-se enormemente as possibilidades de acesso aos serviços, especialmente para as camadas desvinculadas do mercado formal de trabalho (KEINERT, 1997, p. 80-81).

Portanto, a política pública de saúde destina-se a todos, sem distinção e/ou separação, cujo acesso é gratuito e financiado pelo Estado, como forma de se evitar a falta de assistência a quem precisa independente se mais ou menos, vez que, uma sociedade saudável representa garantia de qualidade de vida, oportunidade de acesso ao mercado de trabalho e estabilidade e/ou equilíbrio epidemiológico, ambiental e sanitário.

Frente a esse introdutório contexto organizativo do SUS, a visão sobre o campo da saúde é ampla e, ao mesmo tempo, complexa. Desde o nascimento a inumação, o processo de vida do ser humano é levado em consideração em todos os seus estágios, níveis e sentidos. Portanto, dar-se o motivo de um dos princípios do SUS se tratar da integralidade, cuja visão é olhar para o ser humano como um todo; a considerar, que o adoecimento de um indivíduo pode representar o seu fim e/ou o fim de uma sociedade, dado os fatores de risco ambientais e sanitários em que se está inserido, a exemplo das cidades “fantasmas” de Pripjat (Ucrânia), desocupada em 1986, em decorrência de um acidente nuclear na usina de Chernobyl, Namie (Japão), também desocupada em decorrência de um acidente nuclear na usina de Fukushima, em 2011, quando um tsunami a atingiu; e diversas outras cidades e, até mesmo, estados e países, que, em 2020, foram colocados em quarentena por conta da pandemia a nível global causada pela doença Sars-CoV-2, mais conhecida como Covid-19.

O Sistema Único de Saúde é responsável pela execução de ações: “de vigilância sanitária; de vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990). Essa última ação, não ganha nenhuma definição entre seus pares na Lei nº 8.080/1990, mas está aliado ao

pensamento de tratamento de agravos e curativos por meio da oferta de serviços especializados. As demais ações de vigilância definem-se por:

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990, s/p).

O campo de atuação do SUS expande-se, além da execução destas ações, para:

[...] a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; na vigilância nutricional e a orientação alimentar; na colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; na formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse

para a saúde; a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (BRASIL, 1990, s/p).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011), o “SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção”. Supõe-se, portanto, que o sistema requer ser aperfeiçoado e que, nem todas as necessidades de assistência à saúde são garantidas. Para dirimir essas questões e fazer representados os interesses e necessidades sociais, cabe ao controle social, exercer o papel de atuar como instância colegiada, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, principalmente na fiscalização dos investimentos em saúde.

Com a falta de previsão na Lei nº 8.080/1990, a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, só foi contemplada com a promulgação da Lei nº 8.142, de 28/12/1990 (BRASIL, 1990). É nesta lei que se encontra a obrigatoriedade de realização da Conferência de Saúde, realizada sempre no primeiro ano de gestão de cada governo, a cada quatro anos. Esse evento tem a função de promover a análise situacional de saúde no âmbito de cada esfera de gestão, e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Outro fator importante a ser observado na Lei nº 8.142/1990, está no artigo 4º, que condiciona, para que Municípios, Estados e o Distrito Federal possam receber os repasses de recursos da União regularmente, é necessário o cumprimento de algumas condições prévias, ou seja: a) existência do Conselho de Saúde, cuja participação da sociedade é essencial para administração do SUS; b) existência do Fundo de Saúde, cuja finalidade é a gestão específica dos recursos da saúde; c) existência do Plano de Saúde, instrumento em que consta todo o planejamento do sistema de saúde, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde; d) apresentação do Relatório de Gestão ao sistema de controle e avaliação; e) contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e, f) existência da Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para

profissionais de saúde (Dispensável caso já exista efetivamente o Plano de Carreira, Cargos e Salários) (BRASIL, 1990).

Obrigatoriamente, os Municípios, Estados e a União, a fim de garantir o financiamento do SUS, em contrapartida, devem aplicar recursos orçamentários próprios em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012, 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; estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2012).

É graças à participação do controle social, que propostas de ações para enfrentamento às desigualdades sociais são postas em prática. A universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, que visa garantir que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, tenham direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Literalmente o princípio é claro e bem compreendido, vez que, constitucionalmente o povo brasileiro é único, sem discriminação de raça, cor e preconceitos. Todavia, porém, o reconhecimento de grupos culturalmente diferenciados, denominados como Povos e Comunidades Tradicionais, ganharam notoriedade e políticas de saúde próprias. Requerendo aos operadores da política de saúde, atenção na construção do planejamento de saúde, cujas ações específicas devem estar voltadas à garantia de assistência desses grupos (BRASIL, 1990).

O exemplo disso, a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 1999).

São reconhecidos como grupos culturalmente diferenciados, denominados como Povos e Comunidades Tradicionais: Indígena, Quilombola, Ciganos, Extrativistas,

Ribeirinhos, Pescadores artesanais, Quebradeiras de coco babaçu, Pomerano, dentre outros, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2020).

Para além dessas especificidades de atenção à saúde, a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, garante às pessoas que necessitam de atendimento continuado, cuidados complexos e específicos como os oferecidos em ambiente hospitalar, denominado de assistência domiciliar, ou seja, atendimento domiciliar e a internação domiciliar (BRASIL, 2002). Um reconhecimento às causas domiciliares, cuja indicação desse tipo de tratamento é melhor para promoção da qualidade de vida do paciente do que a hospitalar.

Nesse continuado assistencial, a Lei nº 12.401, de 12 de abril de 2011, trouxe mais um avanço à garantia e à integralidade do SUS. Ela dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do (SUS). Isso equivale a dispensação de medicamentos e produtos de interesse (órgãos, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos) para a saúde e oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011a).

As tecnologias em saúde podem ser vistas desde a prevenção de doenças até o tratamento e recuperação da saúde de um indivíduo. O Ministério da Saúde define-a, como:

A tecnologia em saúde se refere à aplicação de conhecimentos com objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas. São exemplos de tecnologias em saúde: medicamentos, produtos para a saúde, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2016, s/p.).

Essa legislação permite ao SUS desenvolver e implementar vacinas, e medicamentos específicos, como os de tratamento do câncer, da Atrofia Muscular Espinhal (AME), dentre outras tecnologias. Todavia, porém, a implementação

dessas tecnologias, seja nacional ou importada, requer comprovação de eficácia e registro na ANVISA para comercialização e dispensação e uso em estabelecimentos de saúde pública.

O Brasil é um país de extensão continental, com 212.405.572 habitantes, conforme dados de Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, extraídos do IBGE, em 07/12/2020 (BRASIL, 2020). Como vimos até agora, o SUS é um sistema organizado, dividido em esferas de gestão hierárquica.

O funcionamento desse sistema é complexo. E para interligar as discussões sobre os problemas e situações de saúde do país e estados, inclusive da melhoria da qualidade do sistema, a Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, foi criada para dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, assim como, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições (BRASIL, 2011a).

Isso representa que a situação de saúde do país, estados e municípios é discutida em foros regionais para deliberação sobre a melhor proposta operacional, financeira e administrativa do sistema. Portanto, para cada região estabelecida, existe um corpo técnico que propõe soluções e alternativas que melhor responda às expectativas epidemiológica e sanitária de uma determinada área, a fim de que não haja desassistência à saúde a nenhum cidadão, principalmente de municípios que não são autossuficientes.

Além de interligar o estado situacional do sistema de saúde, estes foros denominados de: Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite representam a coerência do sistema de saúde para garantia da equidade, integralidade e universalidade, diante de um processo de organização das ações, dos serviços, dos gastos e distribuição justa de recursos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020):

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2020, s/p).

A legislação do SUS é evolutiva e consolidada na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tendo na Lei 8.080/1990, seu alicerce. Periodicamente novos parâmetros instrutivos são postos, a fim de ajustar a mutação desse organismo, seja pelo aspecto social ou organizacional da política de saúde, e implementar novas ações. Isso requer atenção de qualquer operador do sistema de saúde, que tem sob suas mãos a responsabilidade de garantir a assistência integral à saúde do cidadão, utilizando-se desses instrumentos e diretrizes para o seu planejamento.

Por meio da leitura das leis que o constitui e rege, a assistência à saúde é um organismo integrado, cuja visão está focada em promover ao ser humano um estado completo de bem-estar. Segundo, Ferreira, Santos, Boas e Hachem (2017):

A administração de um braço essencial do país que tem a função de salvaguardar o direito a saúde de milhões de pessoas, como o sistema de saúde brasileiro possui, requer não apenas formação profissional adequada, como se pode prever. Mais que isso: existe a necessidade de o gestor ou gerente criar condições para a realização de um trabalho reflexivo e crítico, de maneira que ele mesmo possa conceber uma dimensão real da importância e dos efeitos dos seus atos. Posto isso, o administrador também será capaz de promover, entre os colaboradores, semelhante efeito, e, conseqüentemente, a população, beneficiária direta do sistema, receberá frutos dessas mudanças (FERREIRA et al., 2017, s/p).

Do ponto de vista deste pesquisador, a implementação do componente de auditoria do SUS, em todos os níveis de gestão, é uma ação a ser considerada para promoção e qualificação da assistência à saúde. Regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS, precisa desmistificar o pressuposto estigma de “órgão carrasco”, temido pelos gestores do SUS. A fim de que sua funcionalidade seja bem compreendida, o

Ministério da Saúde trouxe uma definição interessante para reflexão sobre a auditoria do SUS:

A auditoria do SUS tem como propósito contribuir com a gestão por meio da análise dos resultados das ações e dos serviços públicos de saúde. Tem como foco o acesso oportuno e a qualidade da atenção oferecida aos cidadãos. Desempenha papel importante no controle do desperdício dos recursos públicos e colabora para a transparência e a credibilidade da gestão. Possibilita o acesso da sociedade (controle social) às informações e aos resultados das ações e dos serviços de saúde do SUS. O componente do SNA estruturado traz benefícios à gestão apontando as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde. Subsídios o planejamento e a adequação das políticas e das ações de saúde (BRASIL, 2014, p. 14).

Portanto, vê-se na funcionalidade do sistema de auditoria do SUS, um instrumento que direciona e ajusta a gestão ao caminho da consecução dos objetivos da assistência à saúde às margens daquilo que está regulamentado, normatizado e planejado, proporcionando o bem-estar social e a assistência de direito.

2.2. GESTÃO, ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO

De acordo com o Ministério da Saúde, os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), estabelecem que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios. Dessa forma:

Cabe às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações (BRASIL, 2016, s/p).

Os gestores do SUS são os responsáveis por executar a política de saúde de maneira que garanta a toda à população o pleno usufruto do direito à saúde, pautados por princípios orientados pela lei orgânica da saúde, ou seja, a universalidade, a integralidade e a equidade. Porém, nem todos os gestores se dão conta dessa responsabilidade, já que, o cargo que ocupam, seja o de Ministro ou de Secretário, está ligado a duas realidades inseparáveis, a política e a técnica.

Segundo Machado (2011), a gestão do SUS assume uma posição de administração e ao mesmo tempo, de autoridade sanitária em cada esfera de governo, sendo que as ações políticas e técnicas precisam se fundamentar nos objetivos da reforma sanitária. Isso requer compreender que o gestor da saúde tem a responsabilidade de realizar os projetos de governo que integra sem se dissociar das determinações constitucionais e da política de saúde.

A evolução do gestor de saúde na execução das atividades de sua competência depende de qualificação e habilidade para desempenhar um conjunto articulado de ciências e técnicas de gestão necessária para a condução de políticas na área da saúde. Sua atuação política de saúde implica no relacionamento com os diversos atores e grupos sociais, nos diferentes ambientes de trabalho, a fim de promover, defender e garantir a integralidade da atenção que se busca desenvolver.

Aclarado a discussão sobre o gestor do SUS, e afunilando ao nível de gestão municipal, abordado nesta pesquisa, este não pode consentir iniciativas de ações isoladas e individuais, sem antes conhecer a estrutura organizacional que dirige. De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS está organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Todavia, porém, isso requer compreender que cada esfera de gestão é descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, devendo promover o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, assistidos pela participação da comunidade (BRASIL, 1988). Essa forma de organização permite que o processo decisório sobre a política de saúde seja feito com a participação de diversos atores. Porém, a responsabilidade pela garantia da integralidade da assistência à saúde, será sempre do gestor que responde pelas atribuições da gestão local.

De acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a regionalização do SUS é instituída pelos Governos Estaduais. Sua composição considera, geograficamente, o agrupamento de municípios por aproximação de limites territoriais, identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a

organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

A regionalização da saúde busca promover equilíbrio e uniformidade no sistema de saúde, tanto no aspecto de padronização de implementação das políticas de saúde, quanto na distribuição de recursos, ações e serviços de saúde. É importante destacar que grande parte do território brasileiro é rural, o que, nos leva a considerar que nem todos os serviços de saúde estão alocados dentro de um mesmo território municipal, dado a fatores como mão de obra, tecnologia, infraestrutura, recursos financeiros, dentre outros necessários para garantir a assistência à saúde.

Frente a este cenário, as ações regionais de saúde consideram para a organização do sistema os níveis de assistência à saúde, a considerar: atenção primária; à urgência e emergência; a atenção psicossocial; a atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e a vigilância em saúde, compondo-se desta forma a rede de atenção à saúde, referência para os gestores e municípios no desenvolvimento e planejamento do sistema de saúde local e assistência à saúde da população. Segundo Kuschnir:

Uma região de saúde, portanto, constitui-se como base territorial e populacional para o planejamento de redes de atenção à saúde. Valendo-se de critérios técnicos e políticos, sua delimitação busca dar coerência às diferenciações espaciais, visando instrumentalizar a própria ação política na saúde (KUSCHNIR, 2011, p. 128).

A composição dessas redes de saúde é essencial para a assistência à saúde, uma vez que sua formação considera a estrutura básica e especializada, a tecnologia e os profissionais existentes no território regional, fundamentais para oferta dos serviços adequados à complexidade requerida.

Com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde dos usuários, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, estabelece, ainda, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, definido como:

[...] acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas

de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a, s/p).

O Ex-Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, considerou que o contrato organizativo garante “uma gestão compartilhada dotada de segurança jurídica, transparência e solidariedade entre os entes federativos, elementos necessários para a garantia da efetividade do direito à saúde da população brasileira, o centro do SUS” (BRASIL, 2011a). Diante desses elementos, verifica-se que a organização do SUS, para além da perspectiva da organização Federal, Estadual e Municipal, é composta também por uma engrenagem sobre eixos, responsável pela transmissão e movimentação (fluxo) interligado de um sistema voltado à assistência integral à saúde.

O planejamento do SUS confere ao gestor da saúde o compromisso de dialogar constantemente com o controle social (Conselhos de Saúde) e nas Comissões Intergestores (CIR, CIB e CIT) a política de saúde e a sua execução e incorporação, de acordo com as legislações aplicáveis ao sistema de saúde. Sob a óptica desse processo organizativo, o processo de planejamento da saúde é obrigatório, ascendente e integrado, ou seja, parte do nível local até o federal, assistido pelo Conselho de Saúde. Nele devem estar compreendidas as ações propostas para atender as necessidades de saúde da sociedade, em conformidade com as políticas de saúde e a disponibilidade de recursos financeiros.

No âmbito de cada esfera de gestão, os planos de saúde são os instrumentos utilizados para consolidação das propostas definidas na análise situacional de saúde da sociedade, os quais deverão demonstrar as ações e metas propostas para o planejamento integrado dos entes federativos. Estes planos observarão as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional, definidas de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. Os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, também deverão constar no planejamento elaborado, mesmo que de forma complementar ao SUS, a fim de compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

O acompanhamento e avaliação da política de saúde, em cada nível de gestão, se dão pelo Relatório Anual de Gestão (RAG), que visa demonstrar o alcance dos objetivos do SUS. Esse instrumento permite à gestão verificar a efetividade e eficiência da atenção integral à saúde, bem como demonstrar a aplicação dos recursos em ações e serviços de saúde, que é monitorado pelos órgãos de controle e auditoria, principalmente do controle social.

De acordo com Chiavenato (2004, p. 152), “o planejamento é a primeira das funções administrativas e é a que determina antecipadamente quais são os objetivos a serem atingidos e como alcançá-los”. Partindo dessa ótica de organização e planejamento para garantia de um objetivo comum social, assim como, em qualquer estrutura, o SUS demonstra-se ser um sistema bem orientado pelas legislações e normas que o compõem, com foco especial para atenção integral à saúde.

Cabe então aos gestores e atores envolvidos na direção desse sistema, fazer a correta leitura das normas do SUS, a fim de manter a orientação e a qualificação para promoção da capacidade política e técnica de articulação, execução e monitoramento para a perfeita consecução dos objetivos e desenvolvimento da assistência à saúde.

2.3. INTEGRALIDADE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A integralidade da assistência à saúde é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, que, vão desde a prevenção e promoção da saúde ao tratamento de agravos, seja individual ou coletivo, no âmbito de cada caso ou níveis de complexidade do sistema, visando assegurar ao cidadão auxílio a todas as necessidades de saúde do ser humano, conforme previsto no inciso II, do art. 7º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

A integralidade é, ainda, uma essência do Sistema Único de Saúde, cuja visão valoriza o ser humano como um bem maior, focando sua atenção na condição de saúde de todos os cidadãos, como um direito. Esse conceito requer compreender que o ser humano deve ser analisado e atendido como um todo e em todas as suas necessidades.

Segundo Souza et al. (2012, p. 454), “a integralidade [...], envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas e o incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas assistenciais”. Pressupõe-se, portanto, que, a integralidade da assistência à saúde envolve todas as relações dessa ciência com o ser humano, inclusive o processo operacional, tecnológico, logístico e estrutural, desde o ambiente em que habita, o que consome, até o processo curativo e/ou de inumação.

Alcançar a plenitude desse princípio, certamente é uma utopia, haja vista que o ser humano e a sociedade estão em constante mutação, ao passo que novas necessidades e demandas se apresentam mesmo no ápice de uma nova solução. A exemplo disso podem ser citadas as doenças imunológicas ou autoimunes e virais, que se apresenta, ano após ano, sem tecnologias que possam a solucionar, tratar ou curar. Por este motivo, a integralidade da assistência à saúde deve ser trabalhada sempre com a perspectiva da atenção e do cuidado, vez que, estas ações possibilitam acolher o indivíduo com dignidade, qualidade e ações que garantam a qualidade de vida, mesmo diante de uma doença “incurável”.

Para estas questões, as Rede de Atenção à Saúde formam um conjunto de ações e serviços de saúde organizados em níveis de complexidade crescente, que articulam-se com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Esses níveis compreendem a atenção primária, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial, a atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e a vigilância em saúde, formando assim, as Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde, cuja estrutura da assistência vai além do âmbito da gestão local, mas também para âmbito regional, estadual e federal, maximizando a infraestrutura, a mão de obra e a tecnologia disponível (BRASIL, 1990, 2013, 2017).

O art. 21, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, prediz sobre a “Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES, que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a, s/p). Mais precisamente, a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), trata das normas

sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Em síntese, ela descreve todo o processo operacional do SUS, tomando o indivíduo (paciente) como o bem de maior valor, que requer toda atenção, respeito, dignidade e tratamento adequado às suas necessidades.

2.4. PLANO DE SAÚDE

De acordo com art. 3º da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013:

O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera (BRASIL, 2013, s/p).

O Plano de Saúde se constitui como uma ferramenta de gestão que tem a função de orientar a política pública de saúde, na execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de Saúde. Nele são contempladas todas as áreas de atenção à saúde, visando garantir a sua integralidade. Sua construção é feita com base nas necessidades de saúde da população de abrangência da gestão responsável, apurada em audiências públicas e/ou conferências de saúde, acompanhadas pelo Conselho de Saúde, levando em conta a análise situacional que visa avaliar: a estrutura do sistema de saúde instalado, as redes de atenção à saúde, as condições socio sanitárias, os fluxos de acesso, os recursos financeiros disponíveis, a gestão do trabalho e da educação na saúde e a ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. Nele, ainda, são estabelecidas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde, e sobre como será o processo de monitoramento e avaliação.

O Plano de Saúde é o instrumento que subsidia, ainda, outros instrumentos de gestão e a elaboração do orçamento da gestão, a considerar: A Programação Anual de Saúde (PAS), instrumento que anualiza as metas estabelecidas no Plano e a alocação de recursos, o Relatório Anual de Saúde (RAG), que permite avaliar a gestão da política de saúde, monitorar o alcance de metas e resultados, controlar a aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde e subsidiar as atividades dos órgãos de controle, auditoria e a população, e a elaboração do Plano

Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Como se pode perceber, diante de um instrumento ímpar para funcionalidade, operacionalização e integração do sistema, o Plano de Saúde visa assegurar a integralidade das áreas de atenção à saúde, de forma que não falte auxílio a todas as necessidades de saúde do cidadão, delimitadas a uma sociedade.

A limitação da garantia à assistência integral à saúde, ou a falta desta, pode ter fundamento quando caracterizada que as ações propostas para atender as necessidades de saúde da população não são executadas a contento dos níveis de atenção do SUS. A análise sobre a falta de execução de ações, de acompanhamento e de avaliação do respectivo instrumento de gestão, pode categorizar esse pressuposto. De acordo com Paes (2016, apud BOSSIDY; CHARAN, 2005, p. 15):

Quando as empresas falham em cumprir suas promessas, a explicação mais frequente é que a estratégia do CEO estava errada. Mas a estratégia por si só não é, em geral, a causa. As estratégias dão errado mais frequentemente porque não são bem executadas. As coisas que deviam acontecer não acontecem. Ou as organizações não são capazes de fazer com que elas aconteçam ou os líderes avaliam mal os desafios que as empresas enfrentam na conjuntura de negócios ou ambos (BOSSIDY; CHARAN, 2005, p. 15).

O Plano Municipal de Saúde tem papel de grande relevância social, e não deve ser tratado como um fenômeno isolado de gestão, vez que, ele dirige as ações de cuidado e atenção sobre os interesses de saúde do cidadão. Assim, vale compreender que a sociedade depende de um Plano de Saúde elaborado com base nas suas necessidades de saúde e, de que, esse seja executado com essa visão.

Neste sentido, o objetivo geral deste trabalho é analisar a integralidade da assistência à saúde do ponto de vista das ações estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de um município da região sul do Estado do Espírito Santo. Como objetivos específicos: (1) analisar as necessidades de saúde da população, considerando a análise situacional do município, orientada pelo mapa da saúde, compreendendo a estrutura do sistema de saúde; as redes de atenção à saúde; as

condições socio sanitárias; os fluxos de acesso; os recursos financeiros; a gestão do trabalho e da educação na saúde; e a ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; (2) discutir as diretrizes, objetivos, metas e indicadores propostos no Plano Municipal de Saúde; e (3) debater o processo de monitoramento e avaliação do município em questão.

3. METODOLOGIA

Todo processo de pesquisa que se propõe a aferir um determinado resultado é sustentado pela investigação dos elementos que se evidenciam no caminho que o percorre. Gerhardt (2009) entende a metodologia como um estudo detalhado sobre a organização do percurso da pesquisa.

3.1. TIPO DE PESQUISA

Neste processo de investigação dos resultados em hipótese, a natureza da pesquisa é aplicada, dedicada a gerar conhecimento para solução de problemas específicos sobre um instrumento de gestão exclusivo do sistema público de saúde à luz de um princípio básico e fundamental do Sistema Único de Saúde, a integralidade.

Segundo Fleury e Werlang (2017, p. 11):

A pesquisa aplicada concentra-se em torno dos problemas presentes nas atividades das instituições, organizações, grupos ou atores sociais. Ela está empenhada na elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções.

Portanto, esta pesquisa tem como método empregado a qualitativa, cujo foco visa compreender a integralidade da assistência à saúde dentro de um plano de saúde, ou seja, dentro de um instrumento de planejamento do Sistema Único de Saúde, o qual, de acordo com a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013), tem essa função estatuída: de garantir a integralidade da assistência à saúde.

Seu objetivo, do ponto de vista da abordagem do problema, é exploratório, utilizando-se de documentos familiares ao questionamento do pesquisador para facilitar a sua compreensão e torná-la mais clara e objetiva. Segundo Kripka, Scheller e Bonotto (2015, p. 57): “em uma pesquisa qualitativa pode-se utilizar vários procedimentos e instrumentos de constituição e análise de dados, entre estes a pesquisa documental”.

Desse modo, trata-se de uma pesquisa de tipo documental e bibliográfica, que, segundo Kripka, Scheller e Bonotto (2015, p. 59), é outra modalidade de pesquisa, que tem como finalidade “o contato direto com documentos relativos ao tema em estudo”. Os documentos em análise se encontram vinculados à base de dados primário e secundário, de caráter oficial público, ou seja, da Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy/ES e do Ministério da Saúde, a considerar: O Plano Municipal de Saúde, como documento central nesta abordagem, o Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão, achados no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS), que no ano de 2019 foi substituído pelo sistema DIGISUS, e as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), previstas pela Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013; a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, previsto na Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, achados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde.

3.2. LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida com base na Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy, município localizado no extremo sul do litoral do Estado do Espírito Santo, com uma população estimada em 11.658 pessoas, distribuída sob uma área territorial de 594,897 quilômetros quadrados, o que permite considerar sua densidade demográfica estimada em 17,66 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2020). O município é um dos 26 (vinte e seis) municípios que formam a Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo.

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Município de Presidente Kennedy/ES, ocupava o 2964º (segundo milésimo nongentésimo sexagésimo quarto) lugar no Ranking do Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios brasileiros de 2010, com 0,657 pontos. Esse é o dado mais atualizado desse indicador em âmbito nacional; mas, que nos leva pensar na assistência à saúde para melhoria da qualidade de vida da população, já que, o fator saúde é um dos aspectos para o seu cálculo (PNUD, 2010).

As características definidas sobre o município em tela são comuns àqueles de pequeno porte e/ou mais retirados dos grandes centros urbanos. Distantes dos polos de assistência à saúde, onde a escassez de mão de obra e serviços de saúde pode comprometer a garantia da integralidade da assistência à saúde, dada a organização do sistema municipal de saúde depender de um conjunto de articulações mais complexas, para consecução das ações pactuadas.

3.3. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados na pesquisa documental foram submetidos à análise e interpretação por meio da técnica de análise de conteúdo, de acordo com a metodologia proposta por Bardin (2011), que visa por meio de procedimentos observatórios focado na mensagem e indicadores, facilitar a obtenção e compreensão da informação em análise.

A análise foi dividida em três etapas: a primeira foi a organização, que consistiu na separação dos documentos úteis e relevantes que serviram de base para o conteúdo da pesquisa, organizados em planilhas Excel; a segunda foi a codificação, que se dividiu em unidade de registro, ou seja, o registro das diretrizes, dos objetivos e das metas encontradas nos documentos, do Excel para documento Word. A terceira etapa foi a categorização, que é a junção, agrupamento e posicionamento dos textos em análise. Esses passos foram essenciais para sustentação do caminho em busca dos resultados encontrados e desenvolvimento da dissertação.

A análise foi fundamentada em três aspectos principais: O primeiro consiste em valores constitucionais e relevantes para o funcionamento do sistema público de saúde. O segundo consiste em valores sociais, organizacionais e sistemáticos implicados na assistência à saúde planejada. Por fim, o terceiro aspecto consiste na materialização do objetivo da integralidade, ou seja, nas demonstrações do que está garantido de assistência à saúde individual e/ou coletiva e permitindo ver o que não está se garantindo e/ou sendo executado como proposto.

3.4. QUESTÕES ÉTICAS

De acordo com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016, essa pesquisa não necessita ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), haja vista que seu teor não envolve seres humanos. Mas sim, dados de revisão bibliográfica e/ou dados de domínio público, sob a perspectiva da mesma condicionante. Além do mais, ela poderá ser utilizada pelo serviço ao qual se destina, a fim de que possa contribuir para sua melhoria ou implementação.

4. RESULTADOS

Este capítulo terá como temática a discussão sobre a integralidade da assistência à saúde do ponto de vista das ações estabelecidas no Plano Municipal de Saúde de Presidente Kennedy-ES. Os resultados apresentados aqui são oriundos da análise documental do Plano Municipal de Saúde. No quadro 1 é apresentada a caracterização do documento analisados nesta pesquisa:

Quadro 1: caracterização do documento analisado

Documento	Fonte/Ano	Proposta
Plano Municipal de Saúde – 2018-2021. Presidente Kennedy, ES	Site da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy / 2017	Apoiar a gestão na condução do SUS no âmbito de sua competência territorial visando alcançar a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do sistema.

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

A análise de conteúdo realizada permitiu o estabelecimento das seguintes categorias: A) Atenção básica, B) Estrutura do sistema de saúde, C) Redes de saúde, D) Assistência farmacêutica, E) Ciência e tecnologia, F) Monitoramento e avaliação, G) Vigilância em saúde. Cada categoria será abordada a seguir.

4.1. ATENÇÃO BÁSICA

Esta categoria temática foi denominada dessa forma, pois a diretriz do Plano de Saúde analisada na sua diretriz N.1, diz respeito exclusivamente a ações deste nível de atenção. No entanto, outras categorias temáticas dos resultados também abordam objetivos e metas da atenção básica. De acordo com a análise documental do Plano Municipal de Saúde, foram definidos 14 objetivos e 83 metas, das quais 39 foram atendidas, 19 parcialmente, 20 não foram atingidas e quatro resultados foram inconclusivos, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Diretriz nº 1 do Plano Municipal de Saúde.

CATEGORIA	DIRETRIZ NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	OBJETIVOS	METAS			
			Atingidas	Parcialmente atingidas	Não atingidas	Inconclusivos
Atenção Básica	DIRETRIZ N. 1 Desenvolver uma atenção integral à Saúde Básica, no âmbito individual e coletivo, com foco na promoção e na proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação, na redução de danos, na manutenção da saúde, na acessibilidade e na humanização.	OBJETIVO Nº 1.1 - Implementação Integral da Estratégia Saúde da Família.	5	2	1	3
		OBJETIVO Nº 1.2 - Desenvolver Programa Saúde na Escola - PSE	2	0	0	0
		OBJETIVO Nº 1.3 - Manutenção da Rede Materno Infantil/Saúde da Mulher e da Criança	7	5	3	1
		OBJETIVO Nº 1.4 - Promover Saúde do Adolescente e do Jovem	3	0	1	0
		OBJETIVO Nº 1.5 - Implementação do Serviço de Controle de Doenças Crônicas, Raras e Agravos Não Transmissíveis	3	0	3	0
		OBJETIVO Nº 1.6 - Qualificar as Equipes de Atenção Básica	1	2	5	0
		OBJETIVO Nº 1.7 - Promover a Qualidade de Saúde do Idoso	0	1	0	0
		OBJETIVO Nº 1.8 - Implantar A Política Municipal de Atenção à Saúde do Homem	2	1	0	0
		OBJETIVO Nº 1.9 - Fomentar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição	6	0	0	0
		OBJETIVO Nº 1.10 - Manutenção do Programa Saúde Bucal	6	2	0	0
		OBJETIVO Nº 1.11 - Manutenção do Programa Agentes Comunitários de Saúde - ACS	2	0	0	0
		OBJETIVO Nº 1.12 - Implantar a Rede de Saúde Mental Municipal.	1	5	5	0

		OBJETIVO Nº 1.13 - Implantar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	0	0	1	0
		OBJETIVO Nº 1.14 - Manutenção das Especialidades não Médicas Complementares à Atenção Básica.	1	1	1	0
TOTAL		14	39	19	20	04

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

4.1.1. Metas atingidas

O objetivo 1.1 possui cinco metas atingidas. A meta 1.1.1, “garantir a manutenção e funcionamento das atividades das cinco UBS com ESF e seis UBS de apoio”, teve como indicador o número de UBS com funcionamento regular. Foram propostos 11 em 2018 e, em 2019, sendo atendidos plenamente (100%). A meta 1.1.2, “garantir 100% de cobertura de ESF” teve como indicador a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica do município. Foram propostos 100% em ambos os anos, sendo plenamente atendida. A meta 1.1.3, “manter um coordenador de UBS por ESF”, almejou cinco em ambos os anos analisados, sendo atingida em 100%. A meta 1.1.5 “manter o cronograma de atendimento nas UBS, fixo em mural em 100% das unidades” teve como indicador o percentual de UBS com cronograma de atendimento nas UBS, tendo sido almejado e atingido 100% em ambos os anos. A meta 1.1.8, que versa sobre “realizar em 100% das ESF, ações de promoção e prevenção à sífilis”, também foi plenamente atingida, tendo como indicador o percentual de ESF com no mínimo três ações realizadas por quadrimestre.

Em relação ao objetivo 1.2, a meta 1.2.1 “implementar e manter em 100% das escolas cadastradas no PSE ações do Programa Saúde na Escola” teve como indicador o “percentual de escolas cadastradas no PSE com ações realizadas”, sendo atingido 100% no biênio. A meta 1.3.3: “implementar o programa de planejamento familiar nas Unidades Básicas de Saúde” teve como indicador o número de UBS com planejamento familiar implementado. Foram almejados cinco em ambos os anos, e atingidos cinco em 2018 (100%) e 11 em 2019, ultrapassando a meta, especificamente, neste ano.

Por sua vez, o objetivo 1.3 possui sete metas atingidas. A meta 1.3.8, “ampliar a razão de exames de mamografia de rastreamento em 0,1 por ano, em mulheres de 50 a 69 anos”, teve como indicador a razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos. Foram almejados 0,36 em 2018 e 0,37 em 2019, sendo atingidos 0,89 e 0,42 em 2018 e 2019, respectivamente, ultrapassando as metas no biênio. A meta 1.3.9, “ampliar a razão de exames citopatológicos do colo de útero em 0,1, em mulheres de 25 a 64 anos” teve como

indicador a razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos. Foram previstos 0,76 em 2018 e 0,77 em 2019, sendo atingidos 1,02 e 0,81, em 2018 e 2019 respectivamente, superando as metas do biênio.

Ainda em relação ao objetivo 1.3, a meta 1.3.11, “realizar exames laboratoriais preconizados no pré-natal e testes rápidos para HIV e Sífilis” teve como indicador o percentual de gestantes com exames realizados, sendo 100% atendida. A meta 1.3.13 “garantir o pré-natal de qualidade a fim de evitar a transmissão vertical do HIV” teve como indicador o número de casos novos de AIDS em menores de 5 Anos. Nenhum caso foi registrado, atingindo 100% da meta no biênio. A meta 1.3.14, que se refere a “avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto a fim de garantir o aumento percentual de partos normais”, teve como indicador a proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar. Foram previstos 28 em 2018 e 29 em 2019, sendo atingidos 37 e 35 em 2018 e 2019, respectivamente, ultrapassando as metas previstas no biênio. E, finalmente, a meta 1.3.16, “realizar em 100% das ESF, ações de promoção e prevenção à sífilis” teve como indicador o percentual de ESF com no mínimo 3 ações realizadas por quadrimestre, sendo 100% contemplada no biênio.

O objetivo 1.4 conta com três metas realizadas. A meta 1.4.1, “realizar atividades educativa para os adolescentes em 100% das ESF” teve como indicador o “percentual de ESF com atividades educativas para adolescentes realizadas”, sendo atingida em 100%. A meta 1.4.2, “fomentar ações de atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva” teve como indicador a “proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 à 19 Anos”. Foram previstas 20,5 em 2018 e 21,5 em 2019, sendo atingidas em 100% no biênio. A meta 1.4.4: “fomentar Campanha Anual de Combate a Venda Indiscriminada de Álcool e Tabaco a Menores de Idades” teve como indicador a realização da campanha, sendo realizada uma em cada ano, atingindo em 100% as metas.

O objetivo 1.5 também teve três metas atingidas. A meta 1.5.1, “garantir 100% de oferta de exames colposcópico” teve como indicador o percentual de usuários atendidos, sendo atingida em 100% no biênio. A meta 1.5.2: “garantir 100% de

oferta de exames anatomopatológico, histopatológico e citopatológico” também teve como indicador o percentual de usuários atendidos, sendo igualmente atingida em 100% no biênio. E a meta 1.5.3 “garantir 100% do atendimento integral (consultas, exames e consulta de retorno) aos pacientes com doenças crônicas, raras e agravos não transmissíveis” teve como indicador o percentual de usuários atendidos, atingindo 100%.

Já o objetivo 1.6, “qualificar as equipes da atenção básica”, teve somente uma meta atingida, a meta 1.6.3 “capacitar 100% dos profissionais de saúde do programa de combate ao tabagismo, álcool e outras drogas”, a qual teve como indicador o percentual de profissionais capacitados, atingindo 100% nos anos analisados.

Em relação à saúde do homem, o objetivo 1.8, que versa especificamente sobre “implantar a política municipal de atenção à saúde do homem” teve duas metas atingidas. As metas 1.8.1 e 1.8.2, que se referem a “realizar campanha anual de promoção e prevenção à saúde do homem” e “fomentar campanha anual de prevenção ao câncer de próstata”, respectivamente, tiveram como indicador o número de campanhas realizadas, sendo atendidas em 100% no biênio analisado.

Um destaque positivo é que o objetivo 1.9 teve todas as suas seis metas atingidas. A meta 1.9.1, “monitorar as famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família” teve como indicador a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Foram almejados 80% em 2018 e em 2019, sendo atingidos 93% e 92% em 2018 e 2019, respectivamente, superando as metas. A meta 1.9.2, “Informar, Monitorar e Avaliar os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) das crianças atendidas nas UBS” teve como indicador o número de informações realizadas. Foram previstas 12 em 2018 e 12 em 2019, atingido 100% no biênio. A meta 1.9.3, “fomentar campanha anual de promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável” teve como indicador a campanha realizada. Foi almejada uma em ambos os anos, atingido 100%.

As metas 1.9.4, “garantir acesso ao atendimento, acompanhamento e reabilitação à 100% dos pacientes beneficiados com benefício eventuais dietas especiais” e 1.9.5,

“garantir a aquisição e distribuição de insumos para prevenção e tratamento das carências nutricionais específicas” tiveram como indicador o percentual de pacientes atendidos, sendo contemplada em 100%. A meta 1.9.6, “adequar os equipamentos e estrutura física dos serviços de saúde para realização das ações de vigilância alimentar e nutricional” teve como indicador o percentual de consultórios cadastrados aptos a realização dos serviços, sendo atingida em 100% no biênio analisado.

Por sua vez, o objetivo 1.10 teve seis metas atendidas. A meta 1.10.1, que visa “garantir acesso a atenção em Saúde Bucal nas UBS” teve como indicador o número de UBS com Saúde Bucal. Foram almejadas cinco em ambos os anos e atingidas 11 também no biênio, superando as metas. A meta 1.10.2, “implantar e manter 01 programa de atenção domiciliar odontológica” teve como indicador Programa Implementado. Foram previstos um em 2018 e também um em 2019, sendo atendidos em 100%. A meta 1.10.3, “realizar em 100% das escolas cadastradas no PSE (Programa Saúde na Escola) ações coletivas (escovação dental supervisionada e entrega de kits de higiene bucal), e individuais (atendimento com a Unidade Móvel Odontológica)” teve como indicador o percentual de escolas cadastradas no PSE com ações de saúde bucal, sendo atendida em 100% no biênio analisado.

Ainda em relação ao objetivo 1.10, a meta 1.10.4, “garantir assistência odontológica especializada na Rede de Serviços de Saúde do Município” teve como indicador o número de especialidades odontológicas ofertadas. Foi prevista uma em 2018 e uma em 2019, sendo ofertadas três em ambos os anos, ultrapassando as metas. A meta 1.10.6, que versa sobre “fomentar programa de apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal em 100% das ESF” teve como percentual de ESF com Programa de Promoção e Prevenção de Saúde Bucal em Execução, sendo atendida em 100% no biênio analisado. E a meta 1.10.8, “implantar e manter campanha de promoção e prevenção da saúde bucal e incentivo ao diagnóstico de rotina e tratamento das doenças diagnosticadas” teve como indicador a campanha implementada. Foi prevista uma em cada ano, sendo 100% atendida.

O objetivo 1.11 teve duas metas planejadas e ambas foram atendidas. As metas 1.11.1, “garantir e manter o número de Agentes Comunitários de Saúde proporcional ao crescimento populacional” e 1.11.2, “qualificar e capacitar 100% dos ACS” tiveram como indicadores a cobertura populacional com ACS e o percentual de ACS qualificado, respectivamente. Ambas as metas foram atendidas em 100% no biênio analisado.

A meta 1.12.1 “implantar e manter Equipe de Referência em Saúde Mental no Município de Presidente Kennedy”, do objetivo 1.12, teve como indicador o número de Equipe Implantada. A meta foi 100% atendida, sendo prevista e contemplada uma equipe em 2019.

Por fim, a meta 1.14.1 “garantir e manter os serviços de especialidades não médicas: nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta e ampliar os serviços de acordo com a demanda local” teve como indicador o número de especialidades não médicas implantadas. Foram previstas três em ambos os anos, sendo realizadas 13 e cinco, em 2018 e 2019, respectivamente, superando as metas.

4.1.2. Metas parcialmente atingidas

Em relação à meta 1.1.4, “Implantar e manter 1 Fluxo de Atendimento das ESF”, o indicador foi o fluxo implantado, sendo previsto um em cada ano, mas foi realizado um em 2018 (100%) e nenhum em 2019 (0%). A meta 1.1.7, “fomentar o acompanhamento, a promoção e prevenção à saúde as populações específicas: quilombolas, assentamentos rurais, população de pescadores e ciganos” teve como indicador o número de ações quadrimestrais realizadas nas populações específicas.

A meta 1.1.12, do objetivo 1.1, meta que preconiza “monitorar o cartão espelho de vacina de crianças para imunização de 100% das crianças da área de abrangência” teve como indicador o percentual de crianças vacinadas. Contudo, em 2018 foi atingido 86% e em 2019, 100%. E, sobre o objetivo 1.2, a meta 1.2.2 “promover a conscientização das ações intersetoriais do programa saúde na escola” almejou

duas reuniões em 2018 e outras duas em 2019. No entanto, foi realizada uma em 2018 (50%) e três em 2019.

Em relação ao objetivo 1.3, sobre a rede materno-infantil, a meta 1.3.1, “realizar oficinas sobre parto normal em 100% das ESF” teve como indicador o percentual de ESF com Oficinas Sobre Parto Normal Realizado. No entanto, em 2018 foram conseguidos somente 30%, ao passo que em 2019, 100%, tornando a meta parcialmente atendida. A meta 1.3.4, que versa sobre “estabelecer e manter atualizado protocolo clínico de notificação e fluxo interno de atendimento à mulher vítima de violência sexual e outras violências em parceria com outras secretarias” teve como indicador o número de protocolo estabelecido. Foi previsto um em 2018 e um em 2019, sendo atingido zero em 2018 (0%) e um em 2019 (100%).

A meta 1.3.12, “garantir o Pré-natal de qualidade a fins de evitar a transmissão da sífilis congênita” teve como indicador o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano. Foram previstos um em cada ano, mas foram atingidos zero em 2018 (0%) e um em 2019 (100%). E a meta 1.3.15, “garantir assistência ao Pré-natal e ao parto e acompanhamento das crianças menores de um ano” teve como indicador o número de óbitos de menores de um ano. Foram previstos um em cada ano, mas em 2019 não houve resultado (0%).

Sobre o objetivo 1.6, a meta 1.6.4, referente a “capacitar 100% dos profissionais de Saúde Bucal em atendimento domiciliar odontológico” teve como indicador o percentual de profissionais capacitados. Da meta de 100% de profissionais capacitados, foi atingido 0% em 2018 e 100% em 2019. E a meta 1.6.5, “qualificar 100% das equipes da APS para diagnóstico precoce de lesões suspeitas, biópsia, biossegurança, e divulgação do fluxo assistencial para o serviço de atenção especializada em Saúde Bucal” também teve como indicador o percentual de profissionais capacitados, sendo atingido 100% em 2018 e 0% em 2019.

A meta 1.7.1, “garantir a promoção à saúde do idoso em 100% das ESF, contemplando ações como vacinação, prevenção de quedas, segurança alimentar, qualidade de hábitos de vida e grupos de atividades físicas” teve como indicador o

percentual de ESF com quatro ações de promoção à saúde do idoso por quadrimestre. Foram almejados 100% no biênio, mas foram atingidos 88% em 2018 e 100% em 2019. A meta 1.8.3, referente a “fomentar campanha anual pai presente, buscando o envolvimento ativo dos homens com todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus filhos, destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas parceiras” teve como indicador o número de campanhas realizadas, sendo prevista uma em cada ano. Contudo, no ano de 2018 não foi realizada nenhuma (0%), e em 2019, uma (100%).

Em relação ao objetivo 1.10, a meta 1.10.5, “garantir aos grupos de trabalhadores, usuários do SUS, atendimento odontológico em horários especiais em 100% das Unidades Básicas de Saúde” teve como indicador o percentual de UBS com atendimento odontológico em horário especial. Foram previstos 40% em 2018 e 60% em 2019, tendo sido realizado 45% em 2018, superando a meta neste ano, mas somente 83% em 2019, com 50 atendimentos neste ano.

A meta 1.10.7, “realizar em 100% das populações de risco social (quilombolas, assentamentos rurais, comunidade de pescadores, ciganos e populações com abastecimento de água sem flúor e/ou baixo teor de flúor) ações coletivas e/ou individual de Higiene Bucal Supervisionada com aplicação de flúor e entrega de kits de higiene bucal individuais” teve como indicador o número de ações quadrimestrais realizadas e kits entregues por população em risco social. Foram previstas três ações em ambos os anos, mas foram realizadas três em 2018 (100%) e zero em 2019 (0%).

Em relação ao objetivo 1.12, a meta 1.12.3, “realizar fórum anual em saúde mental” teve como indicador o número de fóruns realizados. Foram almejadas as realizações de um em cada ano, mas em 2019 a meta não foi atendida. A meta 1.12.4, “capacitar 100% dos técnicos da atenção básica e pronto atendimento municipal sobre o fluxo de serviços em saúde mental e serviços referenciados para outros territórios” teve como indicador o percentual de técnicos capacitados. Contudo,

mesmo sendo almejados 100% no biênio, em 2018 não houve resultado, e em 2019, somente 80%.

A meta 1.12.5, “criar um grupo intersetorial para discussão e fortalecimento da rede de atenção psicossocial municipal” teve como indicador o número de grupos criados. Foi almejada a criação de um grupo em cada ano, mas em 2018 não houve resultado, sendo atendida somente em 2019. A meta 1.12.7, “implantar e manter o protocolo de atendimento às urgências e emergências em saúde mental” teve como indicador o número de protocolo implantado. Foi almejado um em cada ano, mas em 2018 não houve resultado (0%), apenas em 2019 (100%). Já a meta 1.12.8, “garantir o atendimento e acompanhamento durante e após as internações dos usuários/dependentes químicos e de transtornos mentais” teve como indicador o acompanhamento de dependentes químicos e portadores de transtornos mentais. Foram previstos 100% no biênio analisado, mas só em 2019 que foi atendida (100%), sendo que em 2018 não houve resultado (0%).

Por fim, a meta 1.14.3 que versa sobre “garantir e manter 100% o atendimento domiciliar à paciente acamados e/ou com dificuldade de locomoção” teve como indicador o percentual de atendimento domiciliar, sendo de 70 em 2018 e 80 em 2019. Assim, não foi atendida em 2018 (0%), e em 2019 foi atendida (100%).

4.1.3. Metas não atingidas

Em relação ao objetivo 1.1, a meta 1.1.9, “equipar 100% das UBS para atendimento as urgências e emergências pelas ESF” teve como indicador o percentual de UBS Equipadas. Foram previstos 100% em ambos os anos, mas não foi atendida em nenhum dos anos (0%). A meta 1.3.2, que visa “implementar e manter fluxo de relacionamento e atenção entre os serviços de saúde da rede municipal e as crianças portadoras de microcefalia, incluindo a atenção hospitalar e reabilitação” teve como indicador o número de fluxo implementado. Foi previsto um em cada ano, mas não foi atingido em nenhum dos anos.

Sobre o objetivo 1.3, a meta 1.3.5, “estimular 100% das gestantes para visitas nas maternidades de referência para vinculação ao local do parto” teve como indicador o percentual de gestantes com visitas nas maternidades de referência. Foram almejados 25 em 2018 e 50 em 2019, mas foram atingidos 15 e 30 em 2018 e 2019, respectivamente. A meta 1.3.10, que preconiza “realizar sete ou mais consultas de pré-natal, em gestante de risco habitual e alto risco”, teve como indicador a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Foram previstos 68% em 2018 e 72% em 2019, sendo atingidos 61% em 2018 e 65% em 2019.

No que tange ao objetivo 1.4, a meta 1.4.3, “fomentar ações de educação de cuidados na utilização de equipamentos eletrônicos e da internet”, teve como indicador a campanha anual de prevenção ao uso indiscriminado de eletrônicos e internet. Foi almejada uma campanha em cada ano, mas não foi atingida.

Já em relação ao objetivo 1.5, a meta 1.5.4 “implementar e manter uma rede de atenção às pessoas com condições crônicas com ênfase nas linhas de cuidado: HAS, DIA, obesidade, DRC e oncologia” teve como indicador o número de rede implementada. Foi prevista uma em 2018 e uma em 2019, mas essas metas não foram atendidas. A meta 1.5.5, “implantar e manter uma linha de cuidado para os portadores de doença falciforme” teve como indicador o número de linha de cuidado implantada. Foi almejada uma implantação em cada ano do biênio analisado, mas não foi atendida. A meta 1.5.6, “fomentar ações para evitabilidade das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)” possuiu como indicador o número de óbitos prematuros de 30 a 69 anos pelo conjunto das quatro principais DCNT. Foram almejados 15 em 2018 e 14 em 2019, mas foram 29 em ambos os anos.

Sobre o objetivo 1.6, a meta 1.6.1 “qualificar 100% das equipes de Atenção Básica de Saúde para prestar atendimento às urgências básicas” teve como indicador o percentual de ESF qualificada. Foi almejada a meta de 100% no biênio, mas não foi atingida (0%). Por sua vez, a meta 1.6.2, “capacitação permanente de 100% dos profissionais da APS na área da oncologia, com priorização dos CA de Mama, Colo de Útero e outros preveníveis” possuiu como indicador o percentual de profissionais

cadastrados. Foram almejados 100% em 2018 e em 2019, mas não foi conseguido em nenhum dos anos. Já a meta 1.6.6, “capacitar 100% das equipes da APS na abordagem à saúde do homem, priorizando a identificação, diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, esôfago e intestino” teve como indicador o percentual de profissionais capacitados. Foram previstos 100% em 2018 e em 2019, não sendo atendidas no biênio analisado.

A meta 1.6.7, que visa “qualificar 100% das ESF e Vigilância Epidemiológica em prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento das ISTs” possuiu como indicador o percentual de profissionais capacitados. Foram previstos 100% em 2018 e em 2019, metas que não foram atendidas no biênio analisado. Assim como a meta 1.6.8, que preconiza “capacitar 100% das ESF sobre comunicação interpessoal, trabalho em equipe e abordagem ao paciente”. Essa meta também possuiu como indicador o percentual de profissionais capacitados, sendo previstos 100% em 2018 e em 2019, não sendo atendida, portanto, no biênio analisado.

Igualmente às metas anteriores, a meta 1.12.2, “qualificar 100% dos profissionais da Equipe de Referência em Saúde Mental” teve como indicador o percentual de profissionais capacitados. Mesmo sendo almejados 100% em 2018 e em 2019, esse resultado não foi atingido. Por sua vez, a meta 1.12.6: “Realizar Ações de Matriciamento pela Equipe de Referência em Saúde Mental e posteriormente com Equipe do CAPS com Equipes de Atenção Básica (ESF)” possuiu como indicador o número de equipes de ESF com ações de matriciamento. Foram almejados cinco em 2018 e em 2019, mas não foi atingido nenhum em 2018 (0%) e duas 2019 (40%).

A meta 1.12.9, “implantar e manter o Centro de Atenção Psicossocial Municipal (CAPS)” teve como indicador a implantação do CAPS. A meta previa a implantação de um somente em 2019, mas não foi atingida. A meta 1.12.10, que versa sobre “fomentar parceria de educação e cuidados em saúde com a Associação Pestalozzi de Presidente Kennedy” teve como indicador o termo de fomento implantado. Foi proposto um em cada ano, mas não foi atendido. Já a meta 1.12.11 “implantar a política municipal de enfrentamento às drogas, com o estabelecimento de uma referência específica para o atendimento AD à crianças e à adolescentes na rede de

Saúde Mental do Município” possuiu como indicador a Política Municipal de Enfrentamento às Drogas Implementada. Contudo, mesmo sendo proposta sua implementação em 2018 e em 2019, isso não ocorreu.

A meta 1.13.1: “Reativar e Manter a equipe de NASF” teve como indicador o número de NASF Implantados, sendo almejado um em cada ano, mas não foi atingida em nenhum dos anos. A meta 1.14.2, que visa “implantar e manter programa de promoção de atividades laborais em 100% das UBS” teve como indicador o percentual de UBS com o programa de promoção de atividades laborais implantado. Foram previstos 100% em 2018 e também em 2019, mas foram atendidos 30% em 2018 e 50% em 2019.

4.2. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

A diretriz n. 5 se refere a “garantir o planejamento, o subsídio, o investimento, o financiamento, a assistência, o controle e a avaliação de toda rede de serviços de saúde instalados e regulados no município”. Essa diretriz possui 13 objetivos, totalizando 50 metas, das quais, 23 foram atendidas; cinco parcialmente; e 25 não foram.

Tabela 2: Diretriz nº 5 do Plano Municipal de Saúde.

CATEGORIA	DIRETRIZ NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	OBJETIVOS	METAS			
			Atingidas	Parcialmente atingidas	Não atingidas	Inconclusivos
Estrutura do Sistema de Saúde.	DIRETRIZ nº 5 Garantir o planejamento, o subsídio, o investimento, o financiamento, a assistência, o controle e a avaliação de toda rede de serviços de saúde instalados e regulados no município.	OBJETIVO Nº 5.1 - Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde	6	3	2	0
		OBJETIVO Nº 5.2 - Manutenção das Atividades com Consórcio Público de Saúde	1	0	0	0
		OBJETIVO Nº 5.3 - Concessão de Auxílio Alimentação	1	0	0	0
		OBJETIVO Nº 5.4 - Manutenção dos Veículos da Secretaria Municipal de Saúde	5	0	0	0
		OBJETIVO Nº 5.5 - Manutenção das Atividades da Central Municipal de Regulação, Avaliação e Controle	1	2	0	0
		OBJETIVO Nº 5.6 - Capacitar e Qualificar os Servidores da Secretaria Municipal de Saúde	0	0	1	0
		OBJETIVO Nº 5.7 - Implementar e Manter o Programa de Qualificação e Capacitação Permanente dos Servidores Municipais da Secretaria	0	0	1	0

	Municipal de Saúde.				
	OBJETIVO Nº 5.8 - Implementar a Rede de Sistemas e Programas de Informação	3	0	0	0
	OBJETIVO Nº 5.9 - Implementar e Garantir o Transporte Sanitário	2	0	1	0
	OBJETIVO Nº 5.10 - Apoio ao Controle Social	2	0	1	0
	OBJETIVO Nº 5.11 - Implantação e Manutenção do Componente de Ouvidoria do SUS	0	0	2	0
	OBJETIVO Nº 5.12 - Implantação e Manutenção do Componente Municipal de Auditoria do SUS	1	0	0	0
	OBJETIVO Nº 5.13 - Investir na rede de Serviços de Saúde	1	0	13	1
	TOTAL	13	23	5	21
					1

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

4.2.1. Metas atingidas

Os objetivos 5.1, 5.4 e 5.9 apresentaram metas que foram cumpridas. Das onze metas do objetivo n. 5.1, que se refere à “manutenção das atividades da secretaria municipal de saúde”, seis foram atingidas. A meta 5.1.1: “garantir e manter acessibilidade dos usuários com deficiência em 100% dos imóveis públicos da SEMUS” teve como indicador o percentual de imóveis com acessibilidade, tendo atingido 100% em ambos os anos.

A meta 5.1.2: “apresentar o relatório quadrimestral e anual de gestão ao conselho municipal de saúde e em audiência pública” teve como indicador o número de relatórios apresentados, tendo sido previsto quatro em 2018 e também quatro em 2019, sendo atingidas ambas as metas em 100%. Já a meta 5.1.5, “garantir 100% de atendimento às demandas de ordem judicial sentenciadas e precatórias” teve como indicador o percentual de atendimento as sentenças judiciais, tendo sido atingido 100% em ambos os anos.

A meta 5.1.6 visa “realizar o censo municipal de saúde e o recadastramento dos municípios de Presidente Kennedy”, e teve como indicador a realização do censo. Foi prevista uma em 2018, sendo contemplada. Por sua vez, a meta 4.1.10, “garantir o controle de ponto de 100% dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde” teve como indicador o percentual de servidores com controle de ponto. Foram previstos 100% em 2018 e em 2019, metas que foram completamente atingidas.

Em relação ao objetivo n. 5.4, “manutenção dos veículos da secretaria municipal de saúde”, todas as cinco metas plenamente atingidas. A meta 5.4.1 “garantir 100% de manutenção dos veículos de patrimônio da Secretaria Municipal de Saúde” teve como indicador o percentual de veículos submetidos à manutenção. A meta 5.4.2, “garantir o fornecimento de combustível para 100% dos veículos da Secretaria Municipal de Saúde” teve como indicador o percentual de veículos abastecidos com combustível adquirido pela SEMUS. A meta 5.4.3, “locar veículos complementares a frota própria da Secretaria Municipal de Saúde”, teve como indicador o percentual de demandas por veículos atendidas. A meta 5.4.4, “contratar motoristas para condução de veículos da Secretaria Municipal de Saúde” teve como indicador o

percentual de veículos com demanda de motoristas atendida. E a meta 5.4.5, “implantar e manter sistema de gestão de frota e combustível de 100% dos veículos das SEMUS” teve como indicador o sistema implantado. Todas estas metas foram 100% atendidas no biênio analisado.

Por sua vez, o objetivo n. 5.9, “implementar e garantir o transporte sanitário”, apresentou duas metas atingidas. A meta 5.9.1 “garantir o funcionamento regular dos serviços de transporte sanitário” teve como indicador o funcionamento do transporte sanitário, sendo atingida em 100%. E a meta 5.9.3, “garantir o transporte para atendimento a 100% das demandas de tratamento de saúde fora de domicílio”, a qual teve como indicador o percentual de demandas atendidas, sendo atingida em 100%.

Já em relação ao objetivo n. 5.13, “investir na rede de Serviços de Saúde”, possui 15 metas, sendo que 13 não foram atingidas; uma tem resultado inconclusivo e somente uma meta foi atingida.

4.2.2. Metas parcialmente atingidas

O objetivo n. 5.1, “manutenção das atividades da secretaria municipal de saúde”, apresentou metas que foram parcialmente atingidas, totalizando três. Na meta 5.1.3: “garantir a manutenção e conservação do ambiente físico e o funcionamento das condições de atividades e funcionalidade do patrimônio público”, o indicador foi o número de contrato firmado, estando previstos três em 2018 e três em 2019, sendo atingidos um em 2018 (33%) e os três em 2019 (100%). Na meta 5.1.4: “garantir a operacionalização e funcionamento das atividades e funções públicas que necessitem da prestação de serviços continuados (motoristas, recepcionistas, serventes e outros)”, o indicador também foi o número de contrato firmado, estando previstos três em 2018 e três em 2019, sendo atingidos três em 2018 (100%) e um em 2019 (33%).

E, na meta 5.1.9: “organizar a estrutura administrativa da secretaria municipal de saúde abrangendo em 100% a implantação dos setores de recursos humanos, licitações, contratos, contabilidade e tesouraria”, o indicador foi o percentual de

setores administrativos implantados, sendo propostos 100% em 2018 e 2019, estando parcialmente atingida, já que foram obtidos 40% em 2018 e 100% em 2019.

4.2.3. Metas não atingidas

Quatro objetivos apresentaram metas que não foram atingidas: os objetivos 5.1, 5.6, 5.7 e 5.9. O objetivo n. 5.1, “manutenção das atividades da secretaria municipal de saúde”, apresentou duas metas que não foram atingidas: a 5.1.7 e a 5.1.11. A meta 5.1.7: “implantar o plano de cargo, carreira e salários dos servidores da secretaria municipal de saúde”, sendo propostas como metas, as implantações de um plano em 2018 e um em 2019, não sendo atingidas em nenhum dos dois anos. Já a meta 5.1.11: “fomentar ações para o credenciamento do Hospital Tancredo Neves”, teve como indicador a pauta de diálogo com o governo do Estado. Foram previstas uma pauta em 2018 e uma em 2019, não sendo atingidas.

O objetivo n. 5.6: “capacitar e qualificar os servidores da secretaria municipal de saúde” apresentou somente uma meta (5.6.1), a qual não foi atingida. A meta se refere à: “implementar e manter o programa de qualificação e capacitação permanente dos servidores municipais da secretaria municipal de saúde”, sendo previsto um programa de capacitação em 2018 e um em 2019, mas nenhum dos dois ocorreu (0%).

O objetivo n. 5.7: “implementar e manter o programa de qualificação e capacitação permanente dos servidores municipais da secretaria municipal de saúde” também possui uma única meta (5.7.1), a qual não foi atendida. Foi almejada a implementação de um programa em 2018 e um em 2019, não sendo atendidas (0%).

Por sua vez, o objetivo n. 5.9: “implementar e garantir o transporte sanitário” possui três metas, das quais, apenas uma não foi atingida. A meta 5.9.2: “implantar e manter o protocolo de atendimento e funcionamento do transporte sanitário” foi proposta a implantação de um protocolo em 2018 e um em 2019, não sendo contemplados em nenhum dos anos (0%).

O objetivo nº 5.13, “investir na rede de serviços de saúde”, teve 13 metas que não foram atingidas, as quais se referem basicamente à construções de serviços, cujos indicador foi a construção de uma unidade em 2018. Não foi atingida nenhuma das metas sobre as construções de:

- 5.13.1 Centro Municipal de Fisioterapia.
- 5.13.2 Novo Pronto Atendimento Municipal.
- 5.13.3 Centro Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde.
- 5.13.4 Centro de Especialidades Clínicas de Saúde.
- 5.13.5 Almojarifado da Secretaria Municipal de Saúde.
- 5.13.6 Centro de Assistência Farmacêutica Municipal.
- 5.13.7 Centro de Manutenção de Frota, Equipamentos e Garagem da SEMUS.
- 5.13.8 Centro de Atenção Psicossocial.
- 5.13.9 Central Municipal de Regulação.
- 5.13.10 Núcleo de Serviço Social em Saúde.
- 5.13.11 Centro Municipal de Vigilância em Saúde.

Além destes, tanto o objetivo 5.13.12, que visa “garantir a construção, ampliação e reformar de unidades básicas de saúde”, quanto o 5.13.13, almejando “garantir a ampliação e reformar os imóveis da secretaria municipal de saúde”, também não foram atingidos. Por fim, os objetivos 5.13.14 e 5.13.15, que se referem à aquisição de veículos e imóveis, respectivamente, foram tidos como inconclusivos.

4.3. REDES DE SAÚDE

Em relação à diretriz n. 2, o objetivo n. 2.1 preconiza “implementar a Rede de Urgência e Emergência” e possui nove metas: duas não foram atendidas, duas parcialmente e cinco foram atingidas. Vale ressaltar que a meta 2.1.5, “implantar leitos hospitalares de retaguarda e de cuidados prolongados”, prevendo a implantação de 15 leitos, ainda está em execução, estando prevista para 2021 e, por isso, não foi analisada. O objetivo n. 2.6 visa “garantir acesso ao atendimento, internação e reabilitação em dependência química” e possui uma meta, a qual foi atingida.

Tabela 3: Diretriz nº 2 do Plano Municipal de Saúde.

CATEGORIA	DIRETRIZ NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	OBJETIVOS	METAS			
			Atingidas	Parcialmente atingidas	Não atingidas	Inconclusivos
Redes de saúde	DIRETRIZ Nº 2 Prestar um serviço de qualidade e humanizado que atenda aos principais problemas e agravos de saúde da população, realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, que exigem a utilização de equipamentos e profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento, bem como, ações de promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.	OBJETIVO Nº 2.1 - Implementar a Rede de Urgência e Emergência.	5	2	2	0
		OBJETIVO Nº 2.2 - Garantir Acesso aos Serviços de Cirurgias Eletivas	0	1	1	0
		OBJETIVO Nº 2.3 - Manutenção das Atividades de Análises Clínicas e Diagnóstico por Imagem	5	0	1	0
		OBJETIVO Nº 2.4 - Manutenção das Atividades do Centro de Fisioterapia	3	1	0	0
		OBJETIVO Nº 2.5 - Manutenção das Atividades de Especialidades Clínicas	1	0	0	0

		OBJETIVO Nº 2.6 - Garantir Acesso ao Atendimento, Internação e Reabilitação em Dependência Química	1	0	0	0
		OBJETIVO Nº 2.7 - Garantir Assistência a Saúde com Benefícios Eventuais	2	0	0	0
TOTAL		7	17	4	4	0

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

4.3.1. Metas atingidas

O objetivo 2.1 possui cinco metas atingidas. A Meta 2.1.1 versa sobre “manutenção das atividades e serviços de urgência e emergência do pronto atendimento municipal”. O indicador foi o funcionamento regular do pronto atendimento, sendo proposto um em 2018 e um em 2019, em ambos plenamente atingidos (100%). A meta 2.1.6, sobre a “definição de um fluxo para o atendimento do IAM, com suporte para apoio diagnóstico, garantindo referência regional e criando mecanismos de acesso dos usuários ao serviço”, teve como indicador o número de fluxo implantado, sendo implementado um em 2018 e um em 2019, atingindo plenamente o objetivo.

Por sua vez, as metas 2.1.2, 2.1.3 e 2.1.4 superaram a previsão inicial, ultrapassando a meta prevista. A meta 2.1.2 preconiza “garantir acesso aos serviços de especialidades hospitalares de urgência e emergência”. O indicador foi o número de serviços habilitados, tendo sido propostos três em 2018 e três em 2019, tendo sido habilitados quatro em 2018 e quatro também em 2019, superando, inclusive, a meta. A meta 2.1.3 fala da “manutenção das atividades de análises clínicas e diagnóstico por imagem para suporte à RUE”. Seu indicador foi o número de serviços habilitados, tendo sido propostos dois em 2018 e dois em 2019. Assim, foram habilitados quatro em 2018 e cinco em 2019, superando a meta. A meta 2.1.4 preconiza a “implantação e implementação do serviço móvel de urgência e emergência” e teve como indicador o número de serviços habilitados. Foi proposto um em 2018 e um em 2019, sendo habilitados dois em 2018 e quatro em 2019, ultrapassando a meta.

O objetivo n. 2.6, “garantir acesso ao atendimento, internação e reabilitação em dependência química”, possui uma meta apenas: “garantir a internação dos usuários/dependentes químicos, com indicação médica circunstanciada após esgotamento dos serviços extra-hospitalares”. O indicador se refere ao percentual de pacientes atendidos. A meta foi de 100 em 2018 e 100 em 2019, sendo atendidas integralmente em 100%.

4.3.2. Metas parcialmente atingidas

Duas metas, referentes ao objetivo 2.1 foram parcialmente atingidas. A meta 2.1.7 fala sobre “implantar e manter a classificação de risco”. O indicador foi o número de classificação de risco implantado, sendo previsto um para 2018 e um para 2019. A meta alcançada foi de zero em 2018 e um em 2019. Além desta, a meta 2.1.8 propõe “implantar e manter o protocolo de atendimento às urgências e emergências em saúde mental”. O indicador foi o número de protocolo implementado, sendo previsto um para 2018 e um para 2019. No entanto, a meta alcançada foi de zero em 2018 e um em 2019.

4.3.3. Metas não atingidas

O objetivo 2.1 se refere à implantação da RUE, teve uma única meta não atingida, a 2.1.9: “capacitar 100% dos profissionais da RUE e ESF sobre a classificação de risco e atendimento em saúde mental”. O indicador foi o percentual de profissionais capacitados, sendo prevista a capacitação de todos os profissionais em 2018 e 2019. Assim, nenhum profissional foi capacitado em 2018 e 80% em 2019, configurando uma meta não atingida.

4.4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A diretriz n. 3, “prestar um serviço de assistência farmacêutica que garanta à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” possui quatro objetivos, totalizando 13 metas, das quais seis foram atingidas, três parcialmente e quatro não foram atendidas.

Tabela 4: Diretriz nº 3 do Plano Municipal de Saúde.

CATEGORIA	DIRETRIZ NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	OBJETIVOS	METAS			
			Atingidas	Parcialmente atingidas	Não atingidas	Inconclusivos
Assistência farmacêutica	DIRETRIZ Nº 3 Prestar um serviço de assistência farmacêutica que garanta à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.	OBJETIVO Nº 3.1 - Manutenção das Atividades da Assistência Farmacêutica	5	2	2	0
		OBJETIVO Nº 3.2 - Aquisição e Distribuição de Medicamentos de Programas da Rede Básica	0	0	2	0
		OBJETIVO Nº 3.3 - Aquisição de Medicamentos de Uso Hospitalar e Ambulatorial	0	1	0	0
		OBJETIVO Nº 3.4 - Garantir aquisição e distribuição de medicamentos específicos em benefício eventual.	1	0	0	0
TOTAL		04	06	03	04	0

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

4.4.1. Metas atingidas

O objetivo n. 3.1, “manutenção das atividades da assistência farmacêutica” possui cinco metas atendidas. A meta 3.1.1, “garantir o funcionamento das atividades da assistência farmacêutica”, teve como indicador o funcionamento regular da assistência farmacêutica, plenamente atingida em 2018 e em 2019. A meta 3.1.2, “garantir a assistência farmacêutica em 100% das UBS”, teve como indicador o percentual de UBS com profissionais de farmácia, sendo 100% atendida em ambos os anos.

As metas 3.1.3 “capacitar 100% dos prescritores sobre a prescrição de medicamentos padronizados” e 3.1.4, “capacitar 100% da equipe da assistência farmacêutica visando à melhoria de processo interno e prestação de serviço aos usuários”, possuíram como indicador o percentual de profissionais capacitados, sendo atingidos os 100% em ambos os anos, nas duas metas. Por sua vez, a meta 3.1.8 “garantir 100% de assistência farmacêutica aos usuários de medicamentos do componente especializado estadual” teve como indicador o percentual de usuários atendidos, sendo contemplada integralmente (100%) em ambos os anos.

O objetivo n. 3.4, “garantir aquisição e distribuição de medicamentos específicos em benefício eventual” possui uma meta, que visa “garantir 100% de atendimento e distribuição de medicamentos não padronizados à pacientes com prescrição e laudo médico”. Essa meta possui como indicador o percentual de pacientes atendidos, sendo contemplada integralmente no biênio analisado.

4.4.2. Metas parcialmente atingidas

O objetivo 3.1 possui duas metas parcialmente atendidas. A meta 3.1.5, “fomentar campanha municipal sobre o uso racional de medicamentos”, teve como indicador a campanha realizada, estando previstas duas em 2018 e duas também em 2019. Nesse sentido, foi realizada uma (50%) em 2018 e duas (100%) em 2019. Já a meta 3.1.6, que visa “alimentar o sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica HORUS”, teve como indicador a alimentação do sistema realizada. Foram previstas

12 em 2018 e 12 em 2019, sendo realizadas 12 (100%) em 2018 e 10 (83%) em 2019.

Objetivo n. 3.3, “aquisição de medicamentos de uso hospitalar e ambulatorial” possui uma única meta, 3.3.1, parcialmente atendida. A meta visa: “garantir 100% de aquisição e o abastecimento de medicamentos de uso hospitalar e ambulatorial à atenção primária e secundária do município”. Seu indicador foi o percentual de medicamentos adquiridos. Essa meta foi parcialmente atendida, pois, apesar de ser atendida em 2018 (100%), não foi totalmente atendida em 2019 (75%).

4.4.3. Metas não atingidas

A meta 3.1.7: “implantar e manter o programa remédio em casa para atendimento à pacientes acamados e idosos”. Teve como indicador o programa implantado, não sendo contemplada no biênio 2018-2019. Além desta, a meta 3.1.9 “implantar e manter o protocolo de atenção farmacêutica” teve como indicador a implantação de um protocolo em 2018 e também em 2019, mas não foi atendida.

O objetivo n. 3.2 “aquisição e distribuição de medicamentos de programas da rede básica” possui duas metas, as quais não foram atendidas. A meta 3.2.1 visa “garantir 100% de aquisição e distribuição dos medicamentos da RENAME, REMEME e REMUME”. O indicador foi o percentual de medicamentos da REMUME adquiridos. Essa meta não foi atendida, pois, foram almejados 100% em ambos os anos, mas foram atingidos 73%, em 2018 e também em 2019. A meta 3.2.2, “revisar anualmente a REMUME”, teve como indicador a revisão realizada. Foi almejada uma revisão em ambos os anos, não sendo contemplada.

4.5. CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Tabela 5: Objetivo nº 5.8, referente à Diretriz nº 5 do Plano Municipal de Saúde.

CATEGORIA	DIRETRIZ NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	OBJETIVOS	METAS			
			Atingidas	Parcialmente atingidas	Não atingidas	Inconclusivos
Ciência e Tecnologia	DIRETRIZ Nº 5 Garantir o planejamento, o subsídio, o investimento, o financiamento, a assistência, o controle e a avaliação de toda rede de serviços de saúde instalados e regulados no município.	OBJETIVO Nº 5.8 - Implementar a Rede de Sistemas e Programas de Informação	3	0	0	0
TOTAL		1	3	0	0	0

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

4.5.1. Metas atingidas

Foi analisado o objetivo 5.8 da diretriz n. 5. O objetivo n. 5.8, “implementar a rede de sistemas e programas de informação”, possui três metas (5.8.1, 5.8.2, 5.8.3), sendo que as três foram cumpridas. Tanto a meta 5.8.1, “implementar e manter software de gestão em saúde viabilizando a interação em 100% com o E-SUS”, quanto a meta 5.8.2, “implementar e manter software de gestão pública administrativa, com módulos gerenciais estratégicos e interativo com o da Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy/ES”, tiveram como indicador a implementação de Software, um em 2018 e um em 2019. Ambas as metas foram 100% atendidas. A meta 5.8.3, “garantir e manter em 100% da SEMUS o funcionamento da rede de sistemas, programas e internet”, teve como indicador o percentual de unidades de trabalho informatizado, atingindo 100% em 2018 e também em 2019.

4.6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os objetivos 5.5, 5.10, 5.11 e 5.12, referentes à diretriz n. 5, demonstram processos de monitoramento e avaliação e foram analisados. O objetivo n. 5.5, “manutenção das atividades da central municipal de regulação, avaliação e controle” teve três metas, das quais uma foi atingida e duas parcialmente. O objetivo n. 5.10, “apoio ao controle social”, foi composto por três metas, sendo que duas foram atingidas e uma não foi contemplada. Por sua vez, o objetivo n. 5.11, “implantação e manutenção do componente de ouvidoria do SUS”, possui duas metas, não atendidas. Já o objetivo n. 5.12, “implantação e manutenção do componente municipal de auditoria do SUS”, teve uma meta, plenamente atingida.

Tabela 6: Objetivos nº 5.5, 5.10, 5.11 e 5.12 da Diretriz nº 5 do Plano Municipal de Saúde.

CATEGORIA	DIRETRIZ NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	OBJETIVOS	METAS			
			Atingidas	Parcialmente atingidas	Não atingidas	Inconclusivos
Monitoramento e avaliação	DIRETRIZ Nº 5 Garantir o planejamento, o subsídio, o investimento, o financiamento, a assistência, o controle e a avaliação de toda rede de serviços de saúde instalados e regulados no município.	OBJETIVO Nº 5.5 - Manutenção das Atividades da Central Municipal de Regulação, Avaliação e Controle	1	2	0	0
		OBJETIVO Nº 5.10 - Apoio ao Controle Social	2	0	1	0
		OBJETIVO Nº 5.11 - Implantação e Manutenção do Componente de Ouvidoria do SUS	0	0	2	0
		OBJETIVO Nº 5.12 - Implantação e Manutenção do Componente Municipal de Auditoria do SUS	1	0	0	0
TOTAL		4	4	2	3	0

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

4.6.1. Metas atingidas

Os objetivos 5.5, 5.10 e 5.12 tiveram metas atingidas. A meta 5.5.1, “implantar e manter o complexo regulador” teve como indicador o complexo regulador implantado, tendo sido previstos um em 2018 e um em 2019, plenamente atingidos. A meta 5.10.1, “garantir apoio administrativo para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde” teve como indicador o funcionamento do conselho municipal de saúde. Foi previsto um em 2018 e um em 2019, sendo plenamente atingidos (100%). A meta 5.10.3, “garantir a realização da conferência municipal de saúde e da etapa municipal da conferência nacional de saúde” teve como indicador o número de conferências realizadas, sendo realizada uma conferência em 2019, atingindo, assim, a meta prevista. Por fim, a meta 5.12.1, “implantar e manter o componente municipal de auditoria do SUS” teve como indicador a implementação do componente de auditoria. Foi almejada a meta de uma implantação em cada ano, sendo atingida plenamente.

4.6.2. Metas parcialmente atingidas

O objetivo 5.5 possui duas metas parcialmente atingidas. A meta 5.5.2, “garantir e manter o acesso regulado do usuário aos serviços com fluxo definido por classificação de risco e vulnerabilidade (100%)” teve como indicador a implementação do fluxo, tendo sido previstas uma implantação em 2018 e uma em 2019, atingido zero (0%) em 2018 e uma em 2019 (100%). A meta 5.5.3, “qualificar e instrumentalizar os mecanismos de controle e avaliação do SUS” possui como indicador a realização da qualificação, tendo sido previstas uma em 2018 e uma em 2019, sendo atingido zero (0%) em 2018 e uma em 2019 (100%).

4.6.3. Metas não atingidas

O objetivo 5.10 teve uma meta não atingida, a 5.10.2, que versa sobre “capacitar 100% conselheiros de saúde”. Foi almejada a meta de 100% dos conselheiros de saúde capacitados em 2018 e em 2018, não sendo contemplada em nenhum dos anos (0%). Já o objetivo n. 5.11, “implantação e manutenção do componente de

ouvidoria do SUS”, possui duas metas (5.11.1 e 5.11.2), sendo que nenhuma delas foi atingida.

A meta 5.11.1, “implantar e manter o componente municipal de ouvidoria do SUS” teve como indicador a implantação do componente municipal de ouvidoria do SUS, sendo almejada como meta uma em 2018 e uma em 2019, não sendo contempladas em nenhum dos anos (0%). Por fim, a meta 5.11.2, “capacitar 100% dos profissionais da área de ouvidoria” teve como indicador foi o percentual de profissionais capacitados. Foi almejada a capacitação de todos os profissionais em 2018 e em 2019, não sendo atingida em nenhum dos anos (0%).

4.7. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Por meio da análise dos resultados, foi possível perceber que a diretriz n. 4 aborda as ações de vigilância em saúde. Essa diretriz preconiza: “fomentar análise permanente sobre a situação de saúde da população, destinada a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população do território municipal, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde”. A diretriz n. 4 possui sete objetivos, totalizando 84 metas, das quais 60 foram cumpridas, sete parcialmente, 12 não cumpridas e cinco inconclusivas.

O objetivo n. 4.1 se refere à “manutenção das atividades da vigilância ambiental” e possui 29 metas, sendo que 27 foram cumpridas, uma parcialmente e uma teve resultado inconclusivo. O objetivo n. 4.2, “desenvolver ações de agentes de combate à endemias”, possui cinco metas, sendo que duas foram atingidas, duas parcialmente e uma não foi atingida. O objetivo n. 4.3, “manutenção das atividades da vigilância epidemiológica”, possui 11 metas, das quais cinco foram atingidas, três parcialmente, duas não foram atingidas e uma teve resultado inconclusivo.

O objetivo n. 4.4, “melhoria do programa de imunização municipal”, possui nove metas, sendo sete atingidas, uma inconclusiva e uma não atingida. O objetivo n. 4.5, “enfrentar as causas externas de morbidade e mortalidade” é composto de duas metas, ambas não cumpridas. O objetivo n. 4.6, “manutenção das atividades da

vigilância sanitária”, tem um total de nove metas, sendo que seis foram atingidas, uma inconclusiva e duas não foram atendidas. Por fim, o objetivo n. 4.7, “manutenção das atividades da vigilância em saúde do trabalhador” é constituído de 19 metas, sendo que 13 foram atendidas, uma parcialmente, uma inconclusiva e quatro não foram atendidas.

Tabela 7: Diretriz nº 4 do Plano Municipal de Saúde.

CATEGORIA	DIRETRIZ NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	OBJETIVOS	METAS			
			Atingidas	Parcialmente atingidas	Não atingidas	Inconclusivos
Vigilância em saúde	DIRETRIZ Nº 4 Fomentar análise permanente sobre a situação de saúde da população, destinada a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população do território municipal, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.	OBJETIVO Nº 4.1 - Manutenção das Atividades da Vigilância Ambiental	27	1	0	1
		OBJETIVO Nº 4.2 - Desenvolver Ações de Agentes de Combate à Endemias	2	2	1	0
		OBJETIVO Nº 4.3 - Manutenção das Atividades da Vigilância Epidemiológica	5	3	2	1
		OBJETIVO Nº 4.4 - Melhoria do Programa de Imunização Municipal	7	0	1	1
		OBJETIVO Nº 4.5 - Enfrentar as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	0	0	2	0
		OBJETIVO Nº 4.6 - Manutenção das Atividades da Vigilância Sanitária	6	0	2	1
		OBJETIVO Nº 4.7 - Manutenção das Atividades da Vigilância em Saúde do Trabalhador	13	1	4	1
TOTAL		7	60	7	12	5

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

4.7.1. Metas atingidas

Duas metas do objetivo n. 4.2 foram plenamente atingidas. A meta 4.2.3 se refere a “realizar monitoramento semestral de colinesterase dos agentes de combate à endemias (ACE)”, e seu indicador foi o quantitativo de ACE submetidos à diagnóstico. Foram almejados 48 em 2018 e 48 também em 2019, atingindo plenamente as metas em ambos os anos. A meta 4.2.5, por sua vez, se refere à “capacitar 100% dos agentes de combate à endemias (ACE)”. O indicador foi o percentual de ACE capacitados. Foram almejados 100% no biênio analisado, meta plenamente atingida em ambos os anos.

Cinco metas do objetivo n. 4.3 foram atingidas. Nesse contexto, a meta 4.3.3 preconiza: “elaborar plano de contingência da dengue, chikungunya e zika virus, em parceria com outras vigilâncias, APS, assistência farmacêutica, urgência e emergência, laboratório, entre outros”. O indicador foi o número de planos elaborados, sendo almejado um plano em cada um dos anos (2018 e 2019), plenamente atingidos. A meta 4.3.5, “garantir a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para 100%” teve como indicador a proporção de cura de casos, sendo almejados 100% no biênio estudado, meta plenamente atingida.

Ainda no que se refere ao objetivo 4.3, a meta 4.3.6 preconiza “garantir a cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes”. O indicador foi a proporção de cura de casos, sendo almejado 100% no biênio estudado, plenamente atingido. A meta 4.3.7 almeja “encerrar em até 60 dias após a notificação as doenças de notificação compulsória imediata (DNCI)”. O indicador foi a proporção de casos de DNCI encerradas oportunamente, sendo almejados 80% em ambos os anos, metas que foram plenamente atingidas. A meta 4.3.11, “Realizar campanhas de orientação e detecção de tuberculose e hanseníase semestralmente em 100% das ESF” teve como indicador o percentual de ESF com campanhas realizadas semestralmente, almejado 100% no biênio estudo, meta plenamente atingida.

O objetivo 4.4 aborda a imunização e possui sete metas que foram completamente atingidas. A meta 4.4.1 preconiza a “elaboração de estratégias para garantir 80% de cobertura da vacina contra HPV, incluindo o sexo masculino”. O indicador foi a

cobertura do HPV, atingindo em 100% a meta no biênio 2018-2019. A meta 4.4.2 almeja “garantir a cobertura mínima de vacinação do calendário básico”. O indicador é a cobertura de vacinação, sendo almejados 95% no biênio, o que foi alcançado. A meta 4.4.3 propõe “informatizar 100% do programa de imunização municipal”, sendo atingida em 100% em ambos os anos.

Ainda no que se refere ao objetivo 4.4, a meta 4.4.5 visa “capacitar 100% da equipe de imunização e enfermeiros da ESF sobre o programa de imunização” teve como indicador o percentual de profissionais capacitados, atingindo 100% em 2018 e em 2019. A meta 4.4.6 propõe “implantar e manter o protocolo de imunização municipal”, almejando a implantação de um protocolo em cada um dos anos, sendo contemplada integralmente. A meta 4.4.7, “promover campanha intersectorial anual de conscientização sobre imunização”, teve como indicador a realização da campanha, meta que foi atingida no biênio. Finalmente, a meta 4.4.8 propõe “garantir as 5 ESF o Cartão Espelho de Vacina de Crianças para monitoramento de imunização de 100% das crianças da área de abrangência”. Teve como indicador o percentual de ESF com cartão espelho de vacina de crianças para monitoramento de imunização de 100% das crianças da área de abrangência, tendo sido contemplada plenamente.

O objetivo 4.6 preconiza a manutenção das ações de vigilância em saúde e possui seis metas que foram atendidas. A meta 4.6.1 preconiza a “elaboração e operacionalização do PDVISA”, tendo como indicador o plano elaborado, sendo almejado um em 2018, plenamente atingido. A meta 4.6.2 propõe “implantar o protocolo de ações da vigilância sanitária municipal”, sendo almejada sua implantação, como indicador, e realizada em ambos os anos. A meta 4.6.3 dispõe sobre “realizar 100% das seis ações mínimas, previstas no indicador do SISFACTO”. O indicador foi o percentual de ações realizadas. Essa meta foi atingida plenamente no biênio.

Em relação, ainda, ao objetivo 4.6, a meta 4.6.7 dispõe sobre “capacitar 100% dos profissionais da Vigilância Sanitária priorizando o conhecimento prático das atribuições e funções”. Teve como indicador o percentual de profissionais capacitados, tendo sido atendida integralmente. A meta 4.6.8, “monitorar as

condições sanitárias de 100% dos estabelecimentos municipais de educação”. O indicador foi o percentual de vitorias em estabelecimentos de educação cadastrados pela VISA, plenamente atendida. Por fim, a meta 4.6.9 preconiza “ampliar e manter o número de fiscal/agente sanitário para 5”, tendo sido atendida de forma plena.

Por sua vez, o objetivo 4.7 aborda as ações de vigilância da saúde do trabalhador e possui 13 metas que foram atendidas. Estas metas serão apresentadas em destaque:

- 4.7.2 Implantar o Protocolo de Avaliação com Materiais Perfuro Cortantes.
- 4.7.3 Implantar e manter o Protocolo de Vigilância em Saúde do Trabalhador.
- 4.7.6 Garantir a consulta clínica e exames laboratoriais complementares admissional, periódico a cada 12 meses, demissional e retorno ao trabalho para 100% das demandas requeridas.
- 4.7.7 Garantir 100% das investigações e o preenchimento do Comunicado de Acidente de Trabalho - CAT.
- 4.7.8 Garantir 100% de atendimento dos servidores públicos municipais com pedidos de readaptação e encaminhá-los ao INSS.
- 4.7.9 Implantar e Manter protocolo de avaliação sobre as causas de adoecimento dos servidores públicos municipais com base nos atestados médicos.
- 4.7.10 Investigar e acompanhar 100% dos casos de acidentes com material biológico, seguindo protocolo do Ministério da Saúde.
- 4.7.11 Realizar vitorias técnicas mensal para monitoramento da qualidade do ambiente e processo de trabalho em 100% das unidades de serviços de saúde municipal.
- 4.7.12 Distribuir e instruir gratuitamente o uso de EPI para 100% dos Profissionais de Saúde em ambiente que ofereça algum risco à saúde.
- 4.7.14 Monitorar a validade dos Extintores em 100% dos Imóveis Públicos Municipal e Recomendar a sua Troca.
- 4.7.17 Promover Anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho - SIPAT.
- 4.7.18 Estimular os grupos de trabalhadores, servidores públicos, ao atendimento odontológico em horários especiais em 100% das Unidades Básicas de Saúde.
- 4.7.19 Capacitar 100% da Equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

4.7.2. Metas parcialmente atingidas

Duas metas do objetivo 4.2 foram parcialmente atingidas. A meta 4.2.2, “realizar supervisão direta e indireta dos Agentes de Combate à Endemias (ACE) para monitoramento de desempenho”, teve como indicador o número de supervisões realizadas, sendo pretendidas 216 em 2018 e igualmente 216 em 2019. Contudo, os resultados foram parciais, pois foram conseguidas 192 (88%) em 2018 e 216 em

2019 (100%). A meta 4.2.4, “realizar monitoramento anual de virologia pra raiva dos agentes de combate à endemias (ACE)”, possui como indicador o quantitativo de ACE submetidos à diagnóstico, sendo almejados 12 em 2018 e 12 em 2019. Foram conseguidos 14 em 2018 (100%) e 11 em 2019 (92%), tornando os resultados parciais.

O objetivo 4.3 possui três metas parcialmente atendidas. A meta 4.3.1, “realizar campanhas de orientação sobre IST/HIV/AIDS Sífilis em 100% das ESF”, teve como indicador o percentual de ESF com campanhas realizadas sobre IST/HIV/AIDS. Foi almejada uma campanha em 2018 e uma em 2019, sendo atingido 0% em 2018, no entanto, cinco campanhas em 2019, superando a meta neste ano, mas sendo parcialmente atingida no biênio. Assim como a meta 4.3.2, que preconiza “investigar 100% dos óbitos fetais, infantis, materno e mulheres em idade fértil”. O indicador desta meta foi o percentual de óbitos investigados. A meta prevista foi de 100% em ambos os anos, mas em 2018 não houve resultado (0%), e em 2019, foi atingida, tornando o resultado do biênio, parcial.

Ainda em relação ao objetivo 4.3, a meta 4.3.9, que foi de “capacitar e qualificar 100% das ESF quanto a identificação, fluxo de encaminhamento e encaminhamento de pacientes com tuberculose e hanseníase”, teve como indicador o percentual de profissionais capacitados. Foi almejado 100% em ambos os anos, atingindo plenamente em 2018, mas em 2019 não houve resultado, o que torna o resultado parcial.

O objetivo 4.7 possui uma meta que foi parcialmente atendida, a 4.7.1: “garantir o funcionamento da Comissão de Avaliação de Saúde do Trabalhador – COMASO”. O indicador foi o funcionamento da comissão, sendo almejado um em ambos os anos. Nesse contexto, foram atingidos um (100%) em 2018, mas nenhum (0%) em 2019.

4.7.3. Metas não atingidas

Os objetivos 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6 e 4.7 tiveram metas que não foram atendidas, totalizando 12 metas não atendidas, como citado anteriormente. A meta 4.2.1 “ampliar, garantir e manter o número de agentes de combate a endemias (ACE) para

suporte as atividades coordenadas pela vigilância ambiental”. O indicador foi o número de agentes de combate à endemias. Foi almejado 12 em 2018 e 12 em 2019, sendo atingido 11 em ambos os anos, isto é, aproximadamente 92%, o que a torna uma meta não atingida.

Em relação ao objetivo 4.3, a meta 4.3.4, que visa “capacitar e qualificar 100% das equipes de ESF e serviços de urgência e emergência quanto à identificação, fluxo de encaminhamento e notificação (SINAN) no município de acordo com o agravo ocorrido”, possui como indicador o percentual de profissionais capacitados, sendo que a meta prevista de 100% no biênio não foi atingida, resultando em 0% em ambos os anos. Além desta, a meta 4.3.10, de “capacitar e qualificar 100% das ESF quanto à identificação, fluxo de encaminhamento, tratamento e notificação das IST/AIDS”, tem como indicador o percentual de profissionais capacitados. A meta prevista foi de 100% no biênio estudado, a qual não foi atingida, resultando em 0% em 2018 e em 2019.

Sobre o objetivo 4.4, a meta 4.4.4, de “ampliar e manter a equipe de imunização para 5 técnicos de imunização”, teve como indicador a contratação de 5 técnicos de imunização, sendo almejado cinco em 2018 e cinco em 2019. Contudo, foi contratado um técnico (20%) em 2018 e dois técnicos (40%) em 2019. Já o objetivo 4.5 possui duas metas não atendidas, a meta 4.5.1: “desenvolver 04 campanhas intersectorial de prevenção às causas externas de adoecimento e morte (DANTS)”. O indicador desta meta foi o número de campanhas de prevenção de causas externas realizadas, tendo sido almejadas uma campanha em 2018 e também em 2019, não sendo atingidas (0%). E a meta 4.5.2: “Elaborar e Manter 01 fluxo de atendimento integrado para pessoas em situação de risco para violência, bem como às famílias e ao agressor, consolidando parcerias”, a qual teve como indicador o fluxo estabelecido, sendo almejado um em 2018 e também em 2019, não sendo atingido em nenhum dos anos.

O objetivo 4.6 possui duas metas não atendidas. A meta 4.6.4, “realizar anualmente o censo sanitário”, teve como indicador a realização do censo sanitário, sendo almejado um em 2018 e um em 2019, mas realizado um em 2018 (100%) e nenhum em 2019 (0%), não atingindo a meta. E a meta 4.6.6: “realizar anualmente Seminário

Sobre Segurança do Paciente envolvendo todos os Estabelecimentos de Atendimento em Saúde – EAS”. O indicador foi o número de seminários realizados, sendo almejado um em cada um dos anos analisados. No entanto, não foram realizados seminários em 2018 nem em 2019.

Já o objetivo 4.7 possui quatro metas não atendidas. A meta 4.7.4 propõe: “garantir 100% de análise sobre as demandas para emissão de parecer e laudo de insalubridade aos servidores públicos municipais, mediante avaliações qualitativas”. O indicador foi o percentual de demandas para emissão de parecer e laudo de insalubridade, sendo almejados 100% em ambos os anos, mas foram atingidos 50% em 2018 e 80% em 2019. Além desta, a meta 4.7.5 visa: “ampliar para 3 vagas e manter o número de 3 técnicos de segurança do trabalho para garantir o alcance de 100% das demandas para emissão de parecer e laudo de insalubridade aos servidores públicos municipais, mediante avaliações qualitativas”. O indicador foi a contratação de técnicos de segurança do trabalho. Foi prevista a contratação de três técnicos em 2018 e outros três em 2019, sendo contratado um (33%) em 2018 e dois (66%) em 2019, não atingindo a meta.

A meta 4.7.15 foi de “monitorar o cartão de vacina dos profissionais de saúde e garantir 100% de imunização para hepatite B, antitetânica e influenza”. O indicador foi o percentual de profissionais, sendo almejado 100% no biênio analisado, mas foram atingidos 70% em 2018 e 30% em 2019. E, finalmente, a meta 4.7.16, que foi de “capacitar 100% dos servidores públicos em exercício de funções de periculosidade e/ou insalubridade sobre o uso de EPI e prevenção dos riscos de acidentes de trabalho”, teve como indicador o percentual de servidores capacitados, sendo atingidos 50% em 2018 e 80% em 2019.

4.7.4. Resultados inconclusivos

Os objetivos 4.3, 4.4, 4.6 e 4.7 tiveram metas com resultados inconclusivos. A meta 4.3.8 foi de “garantir a qualidade de 95% das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação dos óbitos com causa definida do total de óbitos não fatais notificados”. O indicador foi a proporção de registro de óbitos com causa básica de saúde. No entanto, os resultados estão inconclusivos. A meta 4.4.9

visa “implantar e manter a central de imunização”. O indicador foi a implantação da central de imunização, porém o resultado foi inconclusivo.

A meta 4.6.5, que preconiza “realizar supervisão em 100% dos Estabelecimentos de Atendimento em Saúde - EAS, com a finalidade de verificar a implantação do Programa de Segurança do Paciente”, teve como indicador o percentual de EAS municipais, no entanto, o resultado foi inconclusivo. Por fim, a meta 4.7.13 foi de “recomendar a implantação e monitorar a existência do mapa de risco à saúde em 100% dos imóveis públicos municipais”. O indicador foi o percentual de imóveis públicos com mapa de risco implantado. Contudo, os resultados foram inconclusivos.

5. DISCUSSÃO

A seção da discussão será apresentada em duas subseções, visando facilitar a compreensão das informações. As subseções contemplam as discussões sobre as principais metas não atingidas e, posteriormente, as principais metas atingidas do Plano Municipal de Saúde do município de Presidente Kennedy, ES.

5.1. PRINCIPAIS METAS NÃO ATINGIDAS

Algumas metas não atingidas estão relacionadas às equipes da atenção básica e dizem respeito a sua qualificação para prestar atendimento às urgências básicas, no contexto das UBS e da ESF, assim como qualificação das equipes de saúde da família e da vigilância sanitária, ações incluídas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na Rede de Urgência e Emergência (RUE). Além destas, algumas metas não foram atingidas relacionadas à rede de atenção para obesidade e oncologia, entre outras doenças, como a falciforme e as doenças crônicas, relacionada à rede de atenção às doenças crônicas (BRASIL, 2017).

Como afirmam Sousa et al. (2012), a integralidade requer atitudes interligadas, que possibilitem aos profissionais ações qualificadas direcionadas às demandas dos usuários. Nesse contexto, as ações de saúde do âmbito da urgência e da saúde da família são de extrema importância para a integralidade, pois configuram as primeiras respostas, assim como a entrada no sistema (BRASIL, 1990, 2013; MELO; CAVALCANTE; FAÇANHA, 2019). Por isso, o não cumprimento destas metas indica que estas políticas devem ser objeto de maiores investimentos no município pesquisado.

Outras metas não atendidas, mas igualmente relacionadas à atenção básica falam da capacitação das equipes da atenção primária na abordagem à saúde do homem; prevenção e tratamento em oncologia, em ISTs e também para o trabalho em equipe e abordagem aos usuários. Portanto, mesmo que a saúde do homem tenha metas atingidas, como foi observado nos resultados e será discutido adiante, a não capacitação das equipes para as ações desta política colocam a própria em risco. Araújo et al. (2014) discorrem sobre a temática da saúde do homem e argumentam

sobre a dificuldade de acesso da população masculina às UBS, assim como, evidenciam a ideia, mesmo que controversa, no imaginário social de que a fragilidade não seria um atributo masculino, o que os influenciaria a não procurar ajuda nos serviços.

Além disso, a não realização das metas apontou também para falta de realização de campanhas de prevenção, como também de não realização do censo de saúde e do seminário sobre segurança do paciente. A equipe de NASF também não foi reativada, situações que colocam em risco os princípios da construção e manutenção de uma rede integrada de atenção e serviços em saúde (SOUSA et al., 2012; BRASIL, 2017; FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2018; MELO; CAVALCANTE; FAÇANHA, 2019).

Foi observado também o não cumprimento de metas relacionadas à implantação do plano de carreira dos servidores de secretaria municipal de saúde, assim como a ausência de sua capacitação. Isso revela um aspecto que se aproxima da desvalorização dos trabalhadores da saúde e de algumas equipes. Em relação ao trabalhador, as metas que não foram atendidas se referem aos agentes de saúde, à segurança do trabalho, capacitação, insalubridade e vacinação do trabalhador. Essas informações possibilitam a discussão relacionada à desvalorização do trabalho da saúde e, especialmente, da atenção básica. Nessa linha, deve ser afirmada a centralidade dos trabalhadores ao SUS; portanto, um dos aspectos que dificulta a integralidade reside na insuficiência e na baixa qualidade dos profissionais (FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2018).

Melo, Cavalcante e Façanha (2019) discorrem sobre o trabalhador da saúde, apontando a prevalência de adoecimento psíquico e transtornos mentais nesta população, desenvolvidos a partir da vivência de situações de precarização e desvalorização profissional, entre outras: “Este fato reforça a necessidade de maior oferta de capacitações constantes para os profissionais de saúde de todos os serviços de saúde do SUS” (p. 06).

Nessa esteira, a própria Constituição (BRASIL, 1990) preconiza a realização de atividades destinadas à promoção e proteção da saúde do trabalhador. Assim, as

informações apresentadas neste estudo possibilitam afirmar que são necessárias intervenções específicas, como proporcionar capacitação e garantir o plano de carreira, entre outras, para promover e proteger a saúde do profissional. Ora, o profissional é o elo entre o serviço e o usuário, dependendo, em grande parte, dele para garantir qualidade na atenção (FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2018; MELO; CAVALCANTE; FAÇANHA, 2019).

Outro dado que merece destaque se refere ao não cumprimento de metas relacionadas às ações de saúde mental, como a qualificação dos profissionais da Equipe de Referência em Saúde Mental; a realização do matriciamento pelas equipes; e a implantação do CAPS municipal. O CAPS I deve ser construído em municípios com população estimada entre 20 mil a 70 mil habitantes, o que, no município pesquisado, não supera os 12 mil. Desse modo, essa meta deve ser contextualizada, pois, ainda que seja uma meta não atingida, ela possibilita uma perspectiva que destaca positivamente a gestão, pelo fato da proposição dessa meta, mesmo com uma população com número abaixo do que preconiza a legislação sobre os CAPS (BRASIL, 2002).

Em relação à rede de serviços de saúde, não foram construídos alguns serviços, centros, núcleos que estavam propostos, indicando uma situação a ser debatida. Especificamente na atenção secundária, podem ser destacados o próprio CAPS citado acima e o Pronto Atendimento Municipal, serviços essenciais para garantia da integralidade na saúde, mas cujas metas não foram atingidas. Não foi implantado o protocolo relativo ao transporte em saúde, assim como não foi feito o credenciamento do hospital geral municipal. Nesse contexto, outro fato que merece destaque é o não atendimento das metas sobre a construção dos Centros de: Especialidades Clínicas; Assistência Farmacêutica; Fisioterapia; Vigilância em Saúde; assim como relacionada ao Núcleo de Serviço Social em Saúde, o que demonstra a gravidade da situação, já que tais especialidades constituem a própria integralidade em saúde (BRASIL, 2013; SOUSA et al., 2018). São situações que dificultam o exercício da integralidade, já que esta requer ações interligadas, constituindo uma rede que, aparentemente, se encontra de forma incipiente ou fragmentada no município pesquisado.

Também não foi contemplada a implantação da política municipal de enfrentamento às drogas, como a referência para as demandas de álcool e drogas, tanto para a população infantil quanto para os adolescentes. Em relação à política sobre drogas, o ministério da saúde dispõe que a atenção à saúde mental, incluindo o cuidado relacionado à demanda decorrente de uso de drogas, deva ser objeto de toda atenção básica. Assim, o enfrentamento às drogas deve ser uma política que preste cuidado às pessoas que necessitem de atenção, e esse cuidado pode ser realizado pelos pontos de atenção da RAPS, como os CAPS álcool e drogas (BRASIL, 2002).

Segundo Conceição et al. (2018), o cuidado relacionado às demandas de álcool e drogas pela população infantojuvenil é realizado pelos CAPS, incluindo as modalidades álcool e drogas (CAPS AD) e infantojuvenil (CAPSij). O cuidado infantil relacionado à microcefalia, especialmente no que se refere à articulação entre os níveis de atenção, também não foi contemplado, com base nos resultados deste estudo. Estas informações ilustram uma situação que deve ser enfrentada, já que a infância e a adolescência são as etapas que garantem o pleno desenvolvimento psicológico e, por conseguinte, o estabelecimento de relações futuras de qualidade (ZIWCHAK; ARISTIDES, 2019).

Algumas metas relacionadas à atenção às gestantes, incluindo os exames de pré-natal, também não foram atingidas, como estímulo às gestantes para que estas se vinculem as maternidades de referência, como também a realização de consultas para gestantes cuja gravidez esteja em risco. De acordo com o Ministério da Saúde, a Rede Cegonha se constitui em uma rede de cuidados destinados a uma gravidez humanizada, assim como ao planejamento reprodutivo. Assim, são componentes dessa rede: pré-natal, parto, puerpério e o sistema logístico (BRASIL, 2011b).

Rodrigues et al. (2021) apontam que a atenção humanizada à saúde das gestantes demanda a realização de ações que abarquem os três níveis de atenção, destacando a capacitação profissional e a disponibilidade de recursos tecnológicos, entre outros. Para os autores, apesar de uma diminuição nos índices de mortalidade materna, ainda existem situações que colocam em risco a gestação, como erros no pré-natal e no parto, entre outros, o que sinaliza a importância de atentar para a qualidade nas ações relacionadas à Rede Cegonha no município pesquisado, o que

implica, novamente, em pensar no trabalhador (BRASIL, 2011b; FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2018; MELO; CAVALCANTE; FAÇANHA, 2019).

Algumas metas não atendidas se referem basicamente aos medicamentos, especialmente à sua aquisição e distribuição na rede básica. Leite e Soares (2017) destacam que a disponibilidade e o acesso de medicamentos têm sido reconhecidos mundialmente como importantes aspectos para garantir o direito democrático à saúde. Nessa vertente, os autores afirmam que, no Brasil, tem sido garantido esse direito. Não obstante, isso remete a uma discussão sobre a estrutura física dos serviços, já que requer das UBS áreas destinadas à sua dispensação, como as farmácias. Além disso, Sousa, Sousa e Lisboa (2018) ponderam sobre a expectativa de aumento da demanda sobre o uso de medicação no SUS, o que está articulado à necessidade de ampliar o acesso democrático à medicação.

Fernandes, Gadelha e Maldonado (2021) complementam a discussão sobre acesso à medicação apontando que, no contexto da atual pandemia, o uso de medicamentos aumentou, impondo desafios inclusive a indústria medicamentosa, ilustrando a vulnerabilidade do sistema de saúde brasileiro diante de uma crise sanitária mundial. Nesse caminho, é possível discutir a importância de o município aprimorar e criar novas políticas sobre aquisição e disponibilização de medicamentos, tendo em vista o aumento da demanda imposto pela pandemia.

Com base na análise dos resultados, a implantação e manutenção do programa que atende pacientes acamados em domicílio também não foram contempladas. A atenção domiciliar é de grande valia para o SUS, já que se constitui como importante componente da rede de atenção à saúde, imprescindível para avançar no sentido da integralidade e da construção de vínculos, assim como para amenizar os custos com internação hospitalar. Além disso, a atenção em domicílio é fundamental para o cuidado de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, pois o cuidado na própria residência pode produzir benefícios ao processo de tratamento e acompanhamento (SILVA et al. 2010; OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

Algumas metas relacionadas aos processos de monitoramento e controle não foram atingidas, referidas à capacitação profissional, tanto de conselheiros de saúde, como

de profissionais da ouvidoria. Além disso, metas não foram atendidas sobre a implantação do componente municipal de ouvidoria do SUS. O controle social remete às práticas de vigilância da sociedade sobre o Estado, e, no âmbito do SUS, deve ocorrer em conformidade com critérios municipais de saúde, o que centraliza a responsabilidade da gestão municipal em possibilitar essa prerrogativa. Assim, as ações que concretizam o controle precisam de profissionais capacitados, mas, além disso, devem contar com a participação social, para garantir a democratização da gestão pública e, consequência, os pressupostos que compõem a integralidade, especialmente no município pesquisado (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

5.2. PRINCIPAIS METAS ATINGIDAS

Em relação às metas atingidas, vale destacar a implantação da Equipe de Referência em Saúde Mental. O Ministério da Saúde estabelece que as ações de saúde mental sejam objeto de todos os níveis de complexidade, incluindo os pontos da atenção básica, como a RUE e UBS, por exemplo, demandando a capacitação destes trabalhadores para esta demanda (BRASIL, 2017). Nessa linha, é importante a implantação da equipe de referência e, indo além nesta discussão, realizar ações de matriciamento em saúde mental (IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

A complexidade das ações de saúde mental exige a criação de arranjos organizacionais, como o trabalho de referência exercido por profissionais ou equipes. Nessa discussão, pode ser destacado o matriciamento, política mais recentemente estabelecida para fortalecer a integralidade do cuidado no que tange a saúde mental. Assim, a equipe de referência oportuniza a criação de vínculos entre trabalhadores e usuários, assim como prima pela construção conjunta do cuidado (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010; IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

Além disso, foram garantidos serviços de nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e fisioterapeuta, mantendo as UBS com equipes da ESF e qualificação dos ACS. Nessa esteira, as metas atingidas contemplam a realização de exames relacionados à saúde da mulher, como mamografia, colo de útero e pré-natal, contemplando a Rede Cegonha, entre outros. Foi garantido, também, o atendimento integral, como

consultas e exames, às pessoas com doenças crônicas, raras e agravos não transmissíveis. Essas informações vão ao encontro dos pressupostos da integralidade, pois demonstram que, tanto a atenção primária, quanto a de média complexidade estão sendo garantidas (BRASIL, 1990; 2011a, 2013; SOUSA et al., 2012; FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2018).

Diversas metas foram atingidas relacionadas à saúde dos adolescentes, como prevenção à sífilis, saúde reprodutiva, prevenção à gravidez na adolescência e atividades educativas no contexto da ESF. O cadastramento de escolas no PSE também foi mantido, fortalecendo ações do Programa Saúde na Escola. Além disso, foi fomentada campanha anual contra a venda de álcool e cigarros para menores de idade, sendo capacitados os profissionais de saúde do programa de combate ao tabagismo, álcool e outras drogas. Raposo (2009) destaca que o direito à saúde por parte da população jovem surge em decorrência da ampliação do conceito de saúde, sendo dever do Estado proteger esta população. Para a autora, crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade merecem atenção especial das ações de saúde, pois grande parte dos jovens brasileiros possui seus direitos violados, inclusive o direito à saúde. Assim, mesmo que neste estudo, as metas sobre a saúde adolescente tenham sido cumpridas, não exclui a necessidade de maiores investimentos para esta população, de forma a evitar situações de vulnerabilidade em que possam se encontrar crianças e adolescentes do município.

A saúde do homem também foi contemplada, com a realização de campanha anual de promoção e prevenção ao câncer de próstata. Moreira, Fontes e Barboza (2014) argumentam que a temática da saúde do homem foi incluída na atenção básica de forma tardia, sendo, por alguns anos, negligenciada da área da saúde. Trata de uma política pública importante, tendo em vista os agravos acometidos à população masculina, sendo urgente sua consolidação e ampliação em território nacional, já que se trata de um grave problema de saúde pública. Desse modo, é preciso que as ações dessa política sejam ampliadas e ultrapassem as campanhas de prevenção ao câncer de próstata, atraindo atenção para outras esferas da saúde masculina.

Metas relacionadas à vigilância alimentar, como a adequação dos equipamentos e estrutura física dos serviços de saúde, acesso ao atendimento de usuários

beneficiados com dietas especiais e aquisição de insumos para tratar carências nutricionais específicas foram contempladas. Vitorino et al. (2016) destacam que a atenção básica se constitui em um dos pilares do SUS e, nesse sentido, a vigilância alimentar (VA), como prerrogativa da atenção primária, possibilita conhecer as condições de alimentação populacional, assim como os determinantes destas situações evidenciadas. As ações da VA devem ser embasadas em evidências científicas, as quais podem ser obtidas por meios de sistemas como o sistema nacional de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN).

Nascimento, Silva e Jaime (2019) discorrem sobre SISVAN, afirmando que este sistema de informação possibilita a produção de dados atualizados sobre o consumo alimentar da população usuária da atenção básica. Os autores afirmam que a proposta do SISVAN surge como forma de enfrentamento de situações de deficiências alimentares no país. Nesse sentido, pode ser discutida a implementação e aprimoramento de sistemas, no contexto da tecnologia da informação, que melhorem os dados fornecidos ao SISVAN, ampliando a cobertura alimentar e nutricional no município pesquisado, incluindo o aprimoramento da campanha anual de promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável.

A saúde bucal também foi fortalecida pelo atendimento a diversas metas, como o acesso a saúde bucal nas UBS, implantação de programa de atenção domiciliar odontológica, ações coletivas como a escovação dental supervisionada, além de campanha de promoção e prevenção da saúde bucal, entre outros. A saúde bucal compreende uma importante extensão das ações do PSF, pois evita o sofrimento por parte do usuário e também seu encaminhamento para serviços de média e alta complexidade. Nesse contexto, Fernandes e Peres (2005) estabelecem relação entre saúde bucal e determinantes sociais, afirmando que, por exemplo, a cárie dentária em crianças e a ausência de dentição em adultos representam graves problemas de saúde pública, com altos custos para o sistema de saúde. Por isso, o município atinge uma importante meta relacionada aos três níveis da atenção, mas especialmente à atenção básica.

Foram atingidas metas que tangenciam a manutenção das atividades da secretaria municipal de saúde, as quais possuem relação com acessibilidade de usuários,

atendimento de demandas judiciais, realização do censo, pagamento de benefícios aos servidores públicos, entre outras. Estes resultados indicam que diversos componentes da rede se encontram em funcionamento, sendo possível afirmar que o município atua em direção da integralidade na saúde (BRASIL, 2013; SOUSA et al., 2012).

Uma das metas plenamente atingidas se refere à garantia de internação de pessoas consideradas dependentes químicos, desde que com indicação médica e esgotados os serviços extra-hospitalares. Ora, o município não dispõe de CAPS, e assim, com base na Rede de Atenção Psicossocial, as ações em saúde devem ser realizadas por todas as esferas, desde a atenção básica à terciária (BRASIL, 2017). Nessa vertente, a internação acaba sendo fortalecida não somente pela ausência do CAPS, já que o município não atingiu a população de 20 mil habitantes, mas pela escassez ou fragmentação das ações de saúde mental. No entanto, essas informações devem ser contextualizadas e, assim, objeto de maiores discussões.

Algumas metas foram atingidas, referidas à RUE, e inclusive foram extrapoladas e merecem destaque: o serviço móvel de urgência e emergência, as atividades de análises clínicas e diagnóstico por imagem para suporte à RUE e também o acesso aos serviços de especialidades hospitalares de urgência e emergência. Essa informação evidencia um aspecto importante da integralidade, pelos números, plenamente atendido no município pesquisado. Nesse contexto, o Ministério da Saúde afirma que a: “Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), mais do que uma prioridade, é uma necessidade premente, de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre tais doenças e agravos” (BRASIL, 2013, p. 09).

A assistência farmacêutica também foi contemplada, sendo implantada e mantida em todas as UBS, assim como em relação à capacitação da equipe farmacêutica. Para Sousa e Leite (2017), a história da assistência farmacêutica no país é marcada por avanços e desafios, sendo necessária a sua consolidação como uma política pública de saúde. Com o fortalecimento da atenção farmacêutica no município, a integralidade passa a ser fortalecida.

Consendey et al. (2000) destacam que diversos países em desenvolvimento apresentam dificuldades em acesso aos medicamentos e, no Brasil, existem duas dificuldades principais, às quais se referem à qualidade e ao alto custo dos medicamentos que estão disponibilizados. Nessa discussão, Oliveira, Araújo e Barboni (2010) argumentam que o SUS possibilitou o acesso a medicamentos de forma a garantir a integralidade nas ações de saúde. Assim, a utilização de medicamentos é parte fundamental do processo de tratamento, reabilitação e também de prevenção.

Em relação à ciência e tecnologia, as metas atingidas se referem à implementação de software de gestão em saúde, assim como a garantia do funcionamento da rede de sistemas, programas e internet da secretaria. É possível discutir essa informação tendo como base a pesquisa de Cavalcante et al. (2019) sobre informatização na atenção primária. Para os autores, o Ministério da Saúde atua desde 2013 com ações para informatizar a atenção básica, o que inclui disponibilizar a tecnologia necessária, como acesso à rede de internet, aquisição de aparelhos como computadores, além de recursos humanos e capacitação do quadro atual de trabalhadores para domínio de programas de computadores, entre outros.

No que tange os processos de monitoramento e controle, deve ser destacado que as metas atingidas se referem à realização da conferência municipal de saúde e da etapa municipal da conferência nacional de saúde, como também apoio administrativo para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a implantação do componente municipal de auditoria do SUS. Essas informações são de grande relevância, pois, para Arantes, Mesquita, Machado e Ogata (2007) o controle social e da participação popular no sistema de saúde são relevantes para a garantia da integralidade.

Assim, sociedade civil e poder público atuam em corresponsabilidade na formulação e na fiscalização das ações de saúde, de forma que a sociedade civil possa interferir inclusive na gestão. Nesse contexto, o município merece destaque, já que são de extrema importância as conferências municipais de saúde, como foi possível observar nas metas atingidas. Não obstante, deve ser enaltecido o esforço municipal de atingir os pressupostos da integralidade.

A integralidade se constitui como um conceito complexo, o qual precisa se efetivar em formato de rede e a partir de três níveis de atenção. Nesse sentido, é preciso que as gerências destes três níveis estejam articuladas entre si. No entanto, a integralidade abarca uma diversidade de aspectos, tais como políticos e econômicos, mas também sociais e culturais. Assim, mesmo que as metas propostas no Plano de Ação fossem plenamente atingidas, a integralidade não estaria plenamente alcançada, pois as demandas sociais são dinâmicas e se transformam cotidianamente. Por isso, é ainda mais relevante que o município possa garantir o cumprimento das metas, mas também deve ir além destas, com sensibilidade para atender às necessidades dos usuários e, igualmente, dos trabalhadores.

Vale ressaltar que o Plano de Saúde municipal precisa garantir a integralidade da assistência à saúde, descrevendo elementos para construção da integralidade, desde a perspectiva da análise situacional e estrutural, assim como para o atendimento efetivo à população, para que não somente o município, no caso Presidente Kennedy, ES, consiga uma gestão apropriada e de qualidade, mas também outras esferas de gestão possam conhecer a realidade do município em questão.

Portanto, na construção do Plano de Saúde, estão contidos o diagnóstico populacional na perspectiva dos condicionantes e determinantes sociais, como emprego e renda, assim como as questões sanitárias de forma geral. Tratam de instrumentos utilizados nas conferências de saúde que são o ponto de partida para a construção do Plano de Saúde, o qual se utiliza dessas informações para consolidar a política de saúde de forma integral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo fornecer um panorama da integralidade a partir das ações municipais no âmbito da saúde, tendo em vista as diretrizes, objetivos, metas e indicadores contidos no Plano da Saúde em articulação com a Portaria nº 2.135, de 2013; considerando as redes de atenção e de serviços do município de Presidente Kennedy, ES.

O método permitiu contemplar aos objetivos propostos, uma vez que possibilitou discutir as principais metas que foram atingidas e também as que não foram concretizadas, oferecendo um panorama da atual conjuntura do sistema de saúde municipal.

Os principais resultados demonstraram que o município caminha em direção à integralidade nas ações de saúde, tendo contemplado diversas metas importantes, com destaque para equipes de referência em saúde mental e a própria proposta de construção do CAPS, mesmo sem a população mínima preconizada pelo Ministério da Saúde. Vale destacar que, ainda que não possua um serviço como o CAPS, o município não negligencia as ações de saúde mental, tendo como base a implantação das equipes de referência.

A RUE também merece destaque, já que foi uma temática cujas metas foram atingidas e superadas, demonstrando o esforço do município em garantir esse importante componente da rede de saúde. O que não exclui, entretanto, o município de pensar no aprimoramento da urgência e emergência, uma vez que as demandas são complexas e dinâmicas, já que são relacionadas às necessidades e transformações sociais.

Deve ser dado destaque também para a política sobre saúde do adolescente, a qual possuiu diversas metas cumpridas. Trata de uma população de certa forma vulnerável e que se encontra em desenvolvimento físico, cognitivo e moral. Assim, a qualidade da atenção a esta população deve ser enaltecida como importante aspecto da integralidade da saúde.

Entretanto, as metas não atingidas apontam para os desafios a serem superados em direção a garantia da integralidade na saúde. Aqui se sugere que as metas não cumpridas indicam a lacuna que o poder público precisa intervir com pesquisas, investimentos e ações efetivas. Uma delas é sobre a valorização do trabalhador, temática que precisa ser considerada pelo município em questão.

A rede de pesquisa disposta pelo Ministério da Saúde é um importante componente da integralidade; contudo, pode ser observado que o município aparentemente não contempla ações de pesquisa, o que também sinaliza uma direção em que devem ser realizados projetos e ações.

Outra situação concluída se refere à relação entre internet e o surgimento da Covid-19, já que as medidas de distanciamento social impostas pela pandemia demandaram que os encontros, outrora presenciais, fossem realizados virtualmente. Assim, nessa realidade que utiliza o espaço virtual cada vez mais, é necessário que o município invista em tecnologia da informação, visando o aprimoramento de redes de *wifi*, assim como a criação e aperfeiçoamento de programas e aplicativos.

Pode ser afirmado que o Plano de Saúde de Presidente Kennedy, ES, contempla aspectos que, em teoria, permitem o exercício da integralidade, no que se refere aos “equipamentos” disponíveis, consolidando a estrutura da rede. No entanto, não exclui a possibilidade de afirmar também que as dificuldades relacionadas ao não cumprimento das metas estão associadas ao atendimento à população, isto é, às ações efetivas dos profissionais nos serviços em interação com os usuários, já que um dos objetivos principais de um Plano de Saúde tangencia aspectos relacionados à sua estrutura e, igualmente, ao atendimento. A concretização de uma estrutura não garante, por si só, que as ações serão realizadas de forma a possibilitar um mínimo de integralidade, pois esta se efetiva por meio das relações estabelecidas entre profissionais, como também, entre estes e os usuários.

As informações aqui apresentadas servem para subsidiar o município em novas políticas para assegurar os princípios da integralidade, mas, especialmente, no aprimoramento das metas que não foram atingidas, as quais formam um elo fraco e fragmentado nas redes e na integralidade que se propõe construir na saúde.

Por fim, salienta-se que a integralidade é um conceito que deve estar condizente com as transformações sociais, portanto, aberto às novas exigências para buscar sempre sua garantia plena por meio do aprimoramento dos recursos humanos, isto é, incluindo a capacitação e a valorização do trabalhador. Nessa linha, fica a sugestão de que esta pesquisa possa ser continuada por outros pesquisadores e alunos dos cursos de pós-graduação. Além disso, que novos estudos sejam realizados dando voz aos trabalhadores da saúde deste município, no sentido de produzir maiores informações científicas sobre as necessidades dos profissionais que atuam na saúde, a partir da visão dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ARANTES, C. I. S.; MESQUITA, C. C.; MACHADO, M. L. T; OGATA, M. N. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, v. 16, n. 3, p. 470-478, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300013>.

ARAÚJO, M. G. de; LIMA, G. A. F. de; HOLANDA, C. S. M. de; CARVALHO, J. B. L. de; SALES, L. K. O. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 682-689, 2014. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140097>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7. ed. São Paulo: Almedina, 2011, 280 p.

BRASIL. **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). Ministério da Saúde, Brasília, DF, 25 set. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 26 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. **Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 50 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRASIL. **Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011, 534 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_13.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Presidência da República: Casa Civil, Brasília, DF, 15 abr. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm>. Acesso em: 04 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Presidência da República: Casa Civil, Brasília, DF, 28 abr. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011.** Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Presidência da República: Casa Civil, Brasília, DF, 24 ago. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República: Casa Civil, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. **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. Presidência da República: Casa Civil, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 04 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Presidência da República: Casa Civil, Brasília, DF, 23 set. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9836.htm>, Acesso em: 04 dez. 2020.

BRASIL. **Manual de planejamento no SUS.** Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 138 p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2020.

BRASIL. **MDS.** [entre 2017 e 2020]. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Brasília, DF. Disponível em: <[http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/direito-a-alimentacao/povos-e-comunidades-tradicionais#:~:text=De%20acordo%20com%20essa%20Pol%C3%ADtica,reprodu%](http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/direito-a-alimentacao/povos-e-comunidades-tradicionais#:~:text=De%20acordo%20com%20essa%20Pol%C3%ADtica,reprodu%20)>

C3%A7%C3%A3o%20cultural%2C%20social%2C%20religiosa%2C>. Acesso em: 04 dez. 2020.

BRASIL. **BVS**, 2020. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília, DF: Disponível em: <<http://bvs.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus>>. Acesso em: 09 out. 2020.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. **Orientação para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria – SNA do Sistema Único de Saúde – SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 36 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sna_sistema_unico_saude_sus.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a**. 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. Presidência da República: Casa Civil, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011b**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 14 jun. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra *et al.* Computerization of primary health care in Brazil: the network of actors. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 72, n. 2, p. 337-344, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0381>.

CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à Teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7ª Ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2003.

CONCEIÇÃO, Déborah Santos *et al.* Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, v. 27, n. 2, 2018. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200002>.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias *et al.* Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde**

Pública [online], v. 16, n. 1, p. 171-182, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100018>.

FERNANDES, Daniela Rangel Affonso; GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, Jose Manuel Santos de Varge. Vulnerabilidades das indústrias nacionais de medicamentos e produtos biotecnológicos no contexto da pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 37, n. 4, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00254720>.

FERNANDES, Liliane Simara; PERES, Marco Aurélio. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600010>.

FERREIRA, Júlia; SANTOS, Larissa Eliane Silva; VILAS BOAS, Juliana Castelo Branco; HACHEM, Halime Jaber. Gestão e saúde pública. Preparação profissional e outros problemas na gerência do SUS. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862. 2017.

FLEURY, M. T. L.; WERLANG, S. R. C. Pesquisa aplicada: conceitos e abordagens. São Paulo: **FGV**, 2016, 105 p. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/apgvpesquisa/issue/view/4030/1982>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Lígia. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 9, 2018.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de Pesquisa. 1. ed. Porto Alegre: **UFRGS**, 2009, 120 p. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/52806/000728684.pdf?sequ>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

IBC **[Site institucional]**. Goiânia, 2021. Disponível em: <https://www.ibccoaching.com.br/portal/frases/frases-superacao-desafios/>. Data de acesso: 02 jul. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Brasília, DF: IBGE, c2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso em: 07 dez. 2020.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo. Política pública de saúde, inovação e o plano de atendimento a saúde do município de São Paulo. **Rev. Adm. Empres.**, São

Paulo, v. 37, n. 3, p. 78-85, set. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901997000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2020.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. de L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones - UNAD**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 55-73, jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/revista-de-investigaciones-unad/index>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

KUSCHNIR, Rosana *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. Qualificação dos gestores do SUS. 2.ed. Rio de Janeiro: **Fiocruz/ENSP/EAD**, 2011. p. 121-151. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/pos-graduacao/site/material-de-apoio/detalhes/?site=3&id=12546>>. Acesso em: 07 dez. 2020.

MACHADO, C. V. et al. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p.47-72. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/367652>>. Acesso em: 07 dez. 2020.

MELO, Cynthia de Freitas; CAVALCANTE, Ana Karine Sousa; FAÇANHA, Klediane Queiroz. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, v. 17, n. 2, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00201>.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 26, n. 6, 2010, p. 1153-1162. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600009>.

MOREIRA, Renata Livia Silva Fonsêca; FONTES, Wilma Dias de; BARBOZA, Talita Maia. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery [online]**, v. 18, n. 4 p. 615-621, 2014. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140087>.

NASCIMENTO, Fabiana Alves do; SILVA, Sara Araújo da; JAIME, Patrícia Constante. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**, v. 22, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190028>.

OLIVEIRA, N. F. Desempenho de Ações de Planejamento e Gestão: análise do Relatório Anual de Gestão Municipal, Pernambuco. **ATTENA Repositório Digital da UFPE**. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/24101>>. Acesso em: 25 nov. 2020.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria Zöllner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde**

Coletiva [online], v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800017>.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl 3, p. 3561-3567, 2010.

OLIVEIRA NETO, A. V.; DIAS, M. B. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 51, p. 58-71. <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.

PAES, A. L. da S. A Execução Como Uma Falha No Planejamento Estratégico. **Estácio de Sá**, Juiz de Fora, Edição Científica, nº 16, jul./dez. 2016. Disponível em: <<https://portal.estacio.br/media/3727386/a-execu%C3%A7%C3%A3o-como-uma-falha-no-planejamento-estrat%C3%A9gico.pdf>> Acesso em: 11 dez. 2020.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking IDHM Municípios 2010**. Brasília, DF: PNUD, 2020. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista Em Pauta**, v. 06, n. 23, p. 117-138, 2009.

RODRIGUES, A. de F. M. Pré-natal na atenção primária, adequação das consultas e avaliação da assistência às gestantes: revisão integrativa. **Nursing**, v. 24, n. 275, p. 5484-5495, 2021. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i275p5484-5495>.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. de S. B.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

SCHMIEGUEL, C. Conceito de Lei em Sentido Jurídico. **Ágora: revista de divulgação científica**, Mafra, v. 17, n. 1, p. 128-134, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/view/55>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 44, n. 1, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>.

SOUZA, G. S. *et al.* Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 51, suppl 2, 2017. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007135>.

SOUZA, M. C. de, *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 36, n. 3, p.

452-460, 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-757700>>. Acesso em 25 de nov de 2020.

VITORINO, S. A. S. *et al.* Estrutura da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica em Saúde no Estado de Minas Gerais. **Rev. APS.**, v. 19, n. 2, p. 230-244, 2016.

ZIWCHAK, D. J. V.; ARISTIDES, J. L. Percepção de familiares quanto ao seu papel no cuidado à criança e ao adolescente usuários de um CAPS infanto juvenil. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 3, p. 181-187, set./dez. 2019.