

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

LUCILEIA ROSA ELLER

**INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DAS
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO
METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO: UMA ANÁLISE DO
QUADRIÊNIO 2018-2021**

VITÓRIA
2024

LUCILEIA ROSA ELLER

**INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DAS
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO
METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO: UMA ANÁLISE DO
QUADRIÊNIO 2018-2021**

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 Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roberta Ribeiro Batista Barbosa

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

Linha de Pesquisa: Processos de Trabalho, Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

VITÓRIA

2024

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

E45i Eller, Lucileia Rosa
Instrumentos de gestão e planejamento das Secretarias Municipais de Saúde da região metropolitana do Espírito Santo : uma análise do Quadriênio 2018-2021 / Lucileia Rosa Eller - 2024.
110 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2024.

1. Planejamento em saúde. 2. Plano Municipal em Saúde. 3. Planejamento e administração em saúde. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Barbosa, Roberta Ribeiro Batista. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 614.068

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

LUCILEIA ROSA ELLER

**INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO DAS SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO:
UMA ANÁLISE DO QUADRIÊNIO 2018-2021**

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 Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em: _____ de _____ de 2024

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Roberta Ribeiro Batista Barbosa
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientadora)

Prof. Dr. Cesar Albenes de Mendonça Cruz
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)

Prof^a. Dr^a. Aline Fiori dos Santos Feltrin
Centro Universitário Padre Albino - UNIFIPA
(Membro Externo)

RESUMO

Introdução: O planejamento e os instrumentos de gestão foram instituídos no Sistema Único de Saúde (SUS) para nortear a gestão e assegurar a participação social na sua elaboração e apreciação. O Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem ser elaborados conforme estrutura e prazos definidos pela legislação. **Objetivo:** Analisar os instrumentos de gestão e planejamento elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde da região metropolitana do Espírito Santo no quadriênio 2018-2021, considerando a elaboração, encaminhamento e apreciação pelos conselhos de saúde, bem como o preenchimento dos itens conforme estrutura mínima prevista em lei. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem quantitativa, utilizando dados do Sistema de Informação DigiSUS Gestor. Foram incluídos os planos municipais de saúde do quadriênio 2018-2021, a programação e o relatório anual de cada município. Considerando que a região metropolitana engloba 23 municípios, a amostra foi composta de 23 planos, 92 programações e 92 relatórios, totalizando 207 documentos. A análise dos documentos considerou a situação dos documentos com relação a sua elaboração, encaminhamento e apreciação pelos conselhos de saúde, além dos preenchimentos dos itens conforme a estrutura mínima determinada por lei. **Resultados:** Todos os 23 municípios possuem os Planos de Saúde aprovados e publicizados no sistema. Os itens com menor preenchimento no plano foram: ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde, fluxos de acesso, gestão do trabalho e da educação na saúde e recursos financeiros e, as principais inconsistências encontradas nos planos, foram: erro no período de vigência, ausência de dados de identificação da gestão, ausência de informações de fluxos, redes, recursos, gestão e monitoramento e documentos anexados divergentes dos dados publicizados. Quase a totalidade das programações anuais foram aprovadas, os itens com menor preenchimento foram ato do conselho de saúde que avalia a Programação Anual de Saúde e as ações sobre COVID, dentro do período pandêmico. As inconsistências encontradas neste documento foram a falta de informação quanto à previsão de alocação de recursos orçamentários, ausência de documentos físicos e inconsistências nos arquivos anexados. Já dos relatórios anuais de gestão, apenas 67,4% foram aprovados, tendo como os itens menos preenchidos: os dados de identificação legislativa, análise e considerações dos profissionais do SUS. Quanto as considerações do conselho, as inconsistências encontradas foram: utilização de instrumentos com datas de vigência de anos anteriores, anexos de aprovação do Conselho Municipal de Saúde vinculados a outros documentos e divergências nas ações apresentadas. **Conclusão:** Os municípios não construíram adequadamente os instrumentos de gestão e/ou cumpriram os prazos estabelecidos em lei. Há uma fragilidade da participação social na construção e monitoramento da execução destes instrumentos. Espera-se que a análise documental forneça, aos gestores municipais, esclarecimentos para a reorientação do planejamento e efetividade da política de saúde, uma vez que estes são peças chave para a garantia do funcionamento do SUS em todos os seus níveis de atenção.

Palavras-chave: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Planejamento em Saúde. Plano Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. Programação Anual de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Planning and management instruments were established in the Unified Health System to guide management and ensure social participation in its preparation and assessment. The Municipal Health Plan, the Annual Health Program and the Annual Management Report must be prepared according to the structure and deadlines defined by legislation. **Objective:** To analyze the management and planning instruments prepared by the Municipal Health Departments of the metropolitan region of Espírito Santo in the four-year period 2018 to 2021, considering the preparation, forwarding and assessment by the health councils, as well as the completion of the items according to the minimum structure provided for in law. **Methods:** This is documentary research with a quantitative approach, using data from the DIGISUS Gestor Information System. The municipal health plans for the four-year period 2018 to 2021, the programming and the annual report of each municipality were included. Considering that the metropolitan region encompasses 23 municipalities, the sample was composed of 23 plans, 92 schedules and 92 reports, totaling 253 documents. The analysis of the documents considered the situation of the documents in relation to their preparation, forwarding and assessment by the health councils, in addition to the completion of the items in accordance with the minimum structure determined by law. **Results:** All 23 municipalities have Health Plans approved and published in the system. The items with the least completion in the plan were: science, technology, production and innovation in health, access flows, management of work and education in health and financial resources and the main inconsistencies found in the plans were error in the validity period, lack of management identification data, information on flows, networks, resources, management and monitoring, and attached documents that differ from the published data. Almost all of the annual schedules were approved, the items with the least completion were acts of the health council that evaluates PAS and covid actions within the pandemic period. The inconsistencies found in this document were the lack of information regarding the forecast allocation of budgetary resources, the absence of physical documents and inconsistencies in the attached files. As for the annual management reports, only 67.4% were approved, the least completed items were legislative identification data; analysis and considerations from SUS professionals; board considerations and the inconsistencies found were the use of instruments with effective dates from previous years, CMS approval annexes linked to other documents and divergences in the actions presented. **Conclusion:** The municipalities did not adequately construct management instruments and/or meet the deadlines established by law. There is a weakness in social participation in the construction and monitoring of the execution of these instruments. It is expected that the analysis of these documents will provide municipal managers with clarifications to reorient the planning and effectiveness of health policy, as these are key elements in ensuring the functioning of the Unified Health System (SUS) at all its levels. of attention.

Keywords: Health Policies, Planning and Administration. Health Planning. Municipal Health Plan. Annual Management Report. Annual Health Program.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Status dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde no quadriênio 2018-2021	56
Tabela 2 - Status dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde no quadriênio 2018-2021	58
Tabela 3 - Frequência relativa e absoluta dos itens encontrados nos Planos Municipais de Saúde.....	60
Tabela 4 - Frequência relativa e absoluta dos itens preenchidos na Programação Anual de Saúde no quadriênio de 2018-2021.....	70
Tabela 5 - Frequência relativa e absoluta dos itens preenchidos no Relatório Anual de Gestão no quadriênio 2018-2021.....	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo	51
Figura 2 - Situação dos planos de saúdes dos municípios estudados no período de 2018 a 2021	57
Figura 3 - Itens da Programação Anual de Saúde preenchidos em cada ano no período de 2018 a 2021.....	71

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos em Saúde
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
Cenepi	Centro Nacional de Epidemiologia
CIB	Colegiado Intergestor Bipartite
CIB-ES	Colegiado Intergestor Bipartite – Espírito Santo
CIR	Colegiado Intergestor Regional
CIT	Colegiado Intergestor Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS-ES	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – Espírito Santo
DGMP	DigiSUS Gestor Módulo Planejamento
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
ES	Espírito Santo
FNS	Fundo Nacional de Saúde
Hcor	Hospital do Coração
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

IPASE	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado
LIAs	Laboratório de Inteligência Artificial em Saúde
LIGRESS	Laboratório de Inovação em Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde
LC	Lei Complementar
LOA	Lei Orçamentária Anual
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NHS	Servizio Sanitario Nazionale
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAREPS	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRH	Plano Diretor das Redes Hospitalares
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PIR	Planos de Intervenção Regional
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
OS	Plano de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família

RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RQDA	Relatório Quadrimestral Detalhado Anterior
RREO	Relatório Resumido da Execução Orçamentária
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SARGSUS	Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual do Sistema Único de Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SISPACTO	Sistema de Informação do Pacto pela Saúde
SRS	Superintendências Regionais de Saúde
SSN	National Health System

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	17
2 PROCESSO HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 CONCEITOS GERAIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS	19
2.1.1 Processo de Elaboração de Políticas Públicas	22
2.1.2 Sistemas Universais de Saúde	22
2.2 REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO HISTÓRICO PARA A FORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	25
2.3 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL, DEMOCRACIA E O CONTROLE SOCIAL.....	32
2.3.1 Controle e monitoramento social da política pública	33
2.4 PLANEJAMENTO NO SETOR PÚBLICO	34
2.4.1 O Processo de Planejamento no Sistema Único de Saúde	35
2.4.2 Instrumentos de gestão	37
2.4.3 Financiamento da saúde	39
2.5 REGIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA.....	41
2.6 ESPÍRITO SANTO: HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA.....	44
3 OBJETIVOS	51
3.1 OBJETIVO GERAL.....	51
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
4 MÉTODOS	52
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	52
4.2 CENÁRIO	52
4.3 AMOSTRA.....	54
4.4 PROTOCOLO.....	54
4.5 ANÁLISE DE DADOS	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES	107
APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA DO COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO	107

1 INTRODUÇÃO

Manifestado pela luta popular em busca da democracia e direito à saúde, nasce a maior política de inclusão social brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, a partir do processo de movimento da Reforma Sanitária, 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Assembleia Constituinte (Brasil, 1990a). Esse processo de formação do SUS integra, o planejamento em saúde ¹, reunindo elementos econômicos, políticos e sociais (Brasil, 2009). Muitos foram os militantes naquela época, destacando-se entre estes, Sérgio Arouca, sanitarista brasileiro que teve um papel fundamental na criação do SUS no Brasil. Ele foi um dos líderes do movimento da Reforma Sanitária, o qual revolucionou o tratamento da saúde pública no país (FIOCRUZ, sd).

Arouca presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um marco na concepção do sistema de saúde brasileiro. Entre suas principais contribuições para o SUS destacam-se a promoção do conhecimento e desenvolvimento de tecnologias voltadas às necessidades de saúde da população, com promoção de política industrial nacional democrática e inovadora, capaz de reduzir a dependência da importação de medicamentos, equipamentos médicos, kits diagnósticos e demais insumos em saúde; e reformar a lei de patentes. Ele também foi responsável por estabelecer as bases para a criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), que se tornou uma referência em pesquisa epidemiológica no Brasil (Noronha *et al.*, 2003).

Em busca de um espaço institucional e na luta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), Arouca inovou ao sugerir a criação de uma nova Secretaria de Gestão Participativa para reformar a Reforma Sanitária, ampliando a participação para além do sistema institucionalizado de conselhos, conferências e comissões. Alguns anos mais tarde isso se transformou na nova "Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS" (ParticipaSUS), apresentada em 2009, fortalecendo os espaços participativos e os mecanismos de mobilização da sociedade.

¹ "Planejar é uma forma de intervir sobre a realidade de maneira contínua. É um processo que expressa um modelo de gestão, incorpora instrumentos e metodologias que influenciam a tomada de decisão nos processos de trabalho e orienta a programação de ações" (Ferreira; Silva; Myashiro, 2016, p. 137).

Outro grande participante desse movimento foi o sociólogo brasileiro Florestan Fernandes que dedicou sua vida à análise da estrutura social brasileira, a qual sempre foi marcada pelo racismo e pela desigualdade social. Ele também foi um defensor da educação pública e da saúde para todos. No SUS, contribuiu com pesquisas e análises críticas sobre a sociedade brasileira. Ele acreditava que o SUS deveria ser um sistema de saúde universal, gratuito e de alta qualidade para todos os brasileiros, independentemente de sua classe social ou renda. Além disso, defendeu que o SUS deveria ser um sistema de saúde descentralizado, com forte participação da comunidade na tomada de decisões, o que seria fundamental para garantir que o SUS atendesse às necessidades das pessoas e fosse eficaz na prevenção de doenças e na promoção da saúde (Freitag, 2005; Tabalipa, 2021).

A partir desse grande movimento de luta e busca por direitos sociais, foram instituídas as primeiras normativas, como a importante Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de estabelecer o processo de planejamento e orçamento do SUS. Esse processo deve ocorrer de forma ascendente e tripartite, respeitando as necessidades expressas e sentidas pela população, do nível local até o âmbito federal, com diálogo nas respectivas instâncias deliberativas, consolidando as necessidades em saúde com a política de saúde, garantindo a disponibilidade de recursos nos planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (Brasil, 1990a).

Dessa forma, os planos de saúde devem refletir as necessidades da população, onde as programações assistenciais de cada nível de hierarquia do SUS devem expressar as intenções do plano e o seu financiamento, que deverá estar contemplado dentro da programação orçamentária de cada ente federado, sendo vedada toda e qualquer transferência de recursos financeiros para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública (CONASS, 2016).

Para que ocorra o processo de planejamento, é necessária a participação da comunidade na gestão do SUS e, sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros na área da saúde, conforme disposto na Lei nº 8.142/1990, a competência das mesmas fica sob responsabilidade do Conselho de Saúde, ao qual cabe definir as diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada território (BRASIL, 1990b).

Com o propósito de estatuir o processo de descentralização e estabelecer a parametrização para o planejamento em saúde, contemplando as responsabilidades e critérios de financiamento das ações e serviços, foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS 01/93, a qual foi um grande marco no processo de implantação de um Sistema Único de Saúde, buscando, dentre vários objetivos, o de sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços e, criar um esquema de transição com diferentes níveis de responsabilidades para Municípios, Estados e Governo Federal. Nesse período da história do SUS foram concebidas as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB²) e tripartite (CIT²) - espaços de negociação e deliberações permanente (Brasil, 1993a).

Em 1996 foi publicada a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-SUS 01/96), que contribuiu com o desenvolvimento da municipalização da saúde e a descentralização das responsabilidades sanitárias de cada gestor e a definição do principal operador da rede de serviços do SUS, o Sistema Municipal de Saúde (Prefeitura de São Paulo, 2021). Pouco tempo depois, com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), foi ampliada as responsabilidades dos municípios na atenção básica e definido o processo de regionalização da assistência (Prefeitura de São Paulo, 2021).

A partir deste período, e com os avanços para a organização do sistema através das legislações, foi instituído o “PlanejaSUS”, definindo a convergência entre os demais instrumentos de planejamento da gestão e com o poder governamental instituindo, para todos os níveis e órgãos da administração pública, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), além do desenvolvimento de sistemas de articulação, decisão e pactuação entre as esferas (Conasems, 2021).

Na perspectiva de superar os desafios do SUS, os gestores assumiram compromissos públicos para início da construção coletiva do Pacto pela Saúde em 2006, com foco nas necessidades de saúde da população, devendo este definir as prioridades em saúde, de forma articulada e integrada nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (ABEN, 2006).

O Pacto descreve o processo de planejamento do SUS e as diretrizes que devem ser seguidas, devendo ser prioritariamente levadas em consideração as necessidades da população do território a partir do diagnóstico local ao federal, tornando-se este essencial no subsídio do planejamento, convergindo-se para os planos de forma tripartite (Brasil, 2006). Contribuindo assim, para a consolidação do planejamento em saúde e a criação do Sistema de Planejamento do SUS, com o objetivo de unificar métodos e as modelagens desses instrumentos, respeitadas as particularidades de cada ente federado (Brasil, 2006).

De forma semelhante, o Capítulo III do Decreto 7.508/11, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre: a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, estabelecendo o processo de planejamento da saúde como ascendente e integrado, do nível local até o federal, com a participação dos Conselhos de Saúde. Também acrescenta as necessidades das políticas de saúde, de forma consolidada, e a sua disponibilidade de recursos financeiros, efetuada no âmbito dos planos de saúde, como futuros resultados do planejamento integrado dos entes federativos e deverão conter metas de saúde (Brasil, 2011a).

Nesse sentido, a publicação da Lei Complementar nº 141/2012 definiu os percentuais mínimos constitucionais a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde (Emenda Constitucional nº 29/2000), estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para saúde e também os aspectos de transparência, visibilidade e fiscalização da gestão da saúde, vindo a seguir a portaria GM/MS nº 2.135/2013, que revogou as portarias nº 3.085 e 3.332 de 2006 e consolidou diretrizes para o processo de planejamento do SUS.

Atualmente, as condições gerais de planejamento do SUS estão ratificadas na Lei Complementar nº 141/2012 e nas Portarias de Consolidação do SUS, publicadas em 2017 pelo Ministério da Saúde. Estas condições definem que, necessariamente, deve ser desenvolvido um sistema de forma solidária, articulada, ascendente e integrada, a partir das pactuações de diretrizes, objetivos e metas compatíveis com o Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais; Relatório de Gestão; e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o PPA, a LDO e a Lei e a LOA, em cada esfera de gestão, devendo ocorrer de forma transparente e mediante incentivo à participação da comunidade (BRASIL, 2012a, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e, 2017f).

Segundo Nunes (2018), dentre todos os instrumentos de planejamento do SUS, determinados pela Portaria nº2135, de 25 de setembro de 2013, o Plano de Saúde é o instrumento crucial para financiar as intenções do gestor para a execução das ações e serviços para o quadriênio, sendo a sua existência a condição necessária para a transferência e alocação de recursos financeiros para a saúde, devendo seu processo de customização trazer elementos que permitam a análise situacional, as especificidades do território e de determinação social e, para as decisões da gestão, devem ter descritos diretrizes, objetivos e metas mediante a aprovação dos Conselhos de Saúde.

Defronte o arcabouço legal do SUS e dos prazos legais constitucionais, percebe-se as dificuldades no processo de elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, no que tange o cumprimento das suas legislações por parte dos diversos atores envolvidos nestas tarefas, motivo pelo qual esses instrumentos devem expressar os compromissos assumidos pelos gestores das três esferas de governo com a população, devendo seguir o recomendado na Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, sendo necessário que o processo ocorra de forma ascendente e articulada, obedecendo programações e a previsão orçamentária, de acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS).

Podemos entender que o PMS é o instrumento principal do gestor, elaborado a partir das necessidades de saúde da população, considerando, entre outras, as diretrizes

propostas pelos conselhos e conferências de saúde. Este tem um importante papel no monitoramento e na avaliação das ações de saúde, tendo como base o planejamento a partir da análise situacional local. A PAS deverá ser elaborada a cada ano de governo, e deve operacionalizar as intenções expressas no PMS, atualizando suas metas e prevendo a alocação de recursos orçamentários, que deve ser compatível com as Leis de Diretrizes Orçamentárias do governo. O Relatório Anual de Gestão (RAG) deverá ser elaborado a cada ano, ao final do exercício financeiro, sendo necessário que o gestor apresente os resultados, alcançados ou não, conforme previsto na PAS.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu a partir do trabalho desenvolvido em um setor de planejamento de um município, onde tive a oportunidade de vivenciar as dificuldades em realizar e executar o planejamento e o monitoramento das ações propostas pela gestão municipal. As observações realizadas pelos técnicos municipais, as análises realizadas nos documentos elaborados, o monitoramento quadrimestral e anual, os questionamentos e relatos das equipes envolvidas contribuíram para o despertar dos problemas aqui apresentados.

As diretrizes para elaboração da PAS são claras, porém, as equipes não recebem qualificação, não há planejamento ascendente. De igual modo, o cumprimento de prazos e de requisitos legais, tais como a submissão dos instrumentos para apreciação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), era quase todo realizado após os prazos legais de aprovação do orçamento público.

A construção de um planejamento de maneira articulada entre os profissionais de saúde, prestadores de serviço, população e gestores do SUS, que proporcione o monitoramento e avaliação, subsidiando a tomada de decisão e o redesenho das estratégias de ação traçadas, está legalmente vinculada à transferência de recursos e a programação financeira, porém, na maioria das vezes, é apenas para cumprir requisito legal e não planejamento dinâmico, conforme as necessidades em saúde.

Frente as considerações apontadas, o presente estudo tem como questão norteadora: os instrumentos de gestão do quadriênio 2018-2021, elaborados pelos municípios da região metropolitana do estado do Espírito Santo, estão em consonância com os prazos e conteúdos previstos na legislação vigente.

Espera-se que esta pesquisa forneça, aos gestores municipais, esclarecimentos para orientar a alocação dos recursos públicos conforme o perfil epidemiológico e prioridades sanitárias, definidos para que o planejamento possa constituir um elemento central da política orçamentária da saúde pública, sendo, de fato, o responsável por regulamentar o processo de descentralização político-administrativa do SUS no âmbito municipal.

Após as considerações introdutórias apresentadas neste **primeiro capítulo**, para um aprofundamento do objeto de estudo e responder a pergunta proposta, a presente dissertação foi estruturada da seguinte forma: **capítulo 2** (na próxima seção – revisão narrativa da literatura abordando a criação do SUS, seu arcabouço legal, planejamento na saúde pública, papel dos Conselhos Municipais de Saúde e financiamento; **capítulo 3** – objetivos para responder a questão norteadora da pesquisa; **capítulo 4** – aspectos metodológicos delineados para alcançar os objetivos da pesquisa; **capítulo 5** – resultados e discussão sobre a análise dos Planos Municipais de Saúde do quadriênio 2018-2021, das Programações Anuais de Saúde e dos Relatórios de Gestão do período estudado; e **capítulo 6** – considerações finais desta pesquisa.

2 PROCESSO HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEITOS GERAIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Leonardo Secchi, em seu livro “Análise de Políticas Públicas”, destaca a distinção entre “*politics*” como formas de poder e “*policy*” como orientação concreta para decisão e ação. A “Política Pública” é vista como orientação para resolver problemas públicos e a sua definição está pautada como uma diretriz para a resolução de um problema público, não sendo exclusiva de entes estatais, devendo estar vinculada a uma intenção ou macrodiretrizes estratégicas que respondem por Políticas de Estado e sociedade global, direcionadas às sub-regiões, como municípios, ou políticas administrativas e de organização governamental local (Secchi, 2014).

As tipologias apresentadas na argumentação do autor refletem sobre as políticas regulatórias, distributivas, redistributivas e constitutivas. As políticas regulatórias são aquelas que estabelecem padrões de comportamento, serviço ou produto para atores públicos e privados. Já as distributivas geram benefícios concentrados para alguns grupos de atores e custos difusos para toda a coletividade/contribuintes, enquanto as redistributivas concedem benefícios concentrados a algum grupo de atores com um custo concentrado para um outro grupo específico de atores. E, as constitutivas são aquelas responsáveis por definir competências, jurisdições, regras da disputa política e da elaboração de políticas públicas.

As políticas são aquelas em que “ganhadores e perdedores da política pública são identificáveis antes da implementação” (Secchi, 2014, p. 23). No campo da ciência política define-se que os “atores são todos aqueles indivíduos, grupos ou organizações que desempenham um papel na arena política” com capacidade de influenciar direta ou indiretamente os resultados e conteúdo da política pública (Secchi, 2014, p. 77). Os atores são responsáveis por sensibilizar a opinião pública sobre os problemas relevantes, influenciar a agenda, estudar e elaborar propostas e tomar decisões, fazendo com que as intenções se tornem ações, ressaltando a relação entre políticos, grupos de interesse e burocratas.

Segundo Schmitter (1984, p. 34), o termo política designa a “resolução pacífica para os conflitos” e “consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos” (Rua, 1998, p. 17).

Sendo assim, nas formações político-institucionais e socioculturais, nos processos, disputas, divergências e conflitos que permeiam as políticas públicas, oriundos do meio social, há diversas formas pelas quais o Estado atua para resolver tais situações, incluindo a criação de políticas públicas para a pacificação social. Isso ocorre porque os indivíduos estão constantemente passando por um processo de evolução em todos os sentidos, principalmente no que se refere à tentativa de alcançar a paz e o bem-estar social, objetivos que se tornam tão almejados ultimamente pelo Estado e pela sociedade. A participação ativa da sociedade nesses assuntos de interesse público é essencial para a democracia, pois

a democracia é uma condição necessária para a construção de um Estado que contribua para a promoção do bem-estar da maioria da população. Portanto, a capacidade de uma boa gestão pública, aliada a um bom Planejamento Estratégico Gerencial (PEG), é essencial para alcançar essa finalidade pública (Dagnino, 2009, p. 38).

A política pública é um conceito que se refere às ações e decisões tomadas pelo Estado para atender às necessidades da sociedade. Embora a origem exata da política pública seja difícil de determinar, sabe-se que ela surgiu no contexto do Estado moderno, que se desenvolveu na Europa a partir do século XVII.

No Brasil, as primeiras atividades sistemáticas em relação à mobilização de conhecimento de base científica para servir de subsídio para a formulação de políticas públicas surgiram em meados dos anos 1930, com a implantação do Estado Nacional-Desenvolvimentista (Vaitsman; Ribeiro; Lobato, 2013). Esse período é conhecido como "Era Vargas", compreendido entre os anos de 1930 a 1945 e de 1945 até o ano de 1954, quando Getúlio Vargas organizou o aparelho do Estado de acordo com o modelo burocrático weberiano, no qual os funcionários eram recrutados por meio de concursos públicos. Essa época foi importante para o país, pois o governo contribuiu significativamente para o bem-estar da população, principalmente por meio da criação da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (Leite Júnior, 2009).

Por volta de 1970, o Estado começou a assumir, de maneira mais atuante, seu papel de promotor do bem-estar social e desenvolvimento econômico do país, principalmente entre os anos 1970 e 1980. Segundo Santos (1987), esse modelo de proteção social é baseado na lógica autoritária implantada na ditadura militar, na qual esses programas e serviços foram usados como mecanismos de compensação à forte repressão do governo perante a sociedade da época.

Entre o século XX e o início do século XXI, outros países, tanto periféricos quanto centrais, passaram por transformações no campo das políticas sociais, devido às “mudanças no mercado capitalista e a crescente concentração do capital financeiro, resultando no aumento da pobreza e da exclusão da maioria da população” (Silva; Yasbek; Giovanni, 2012, p.123). Surgiu então, a expressão "Estado de bem-estar", conhecida em inglês como "*Welfare State*", inicialmente difundida pela Inglaterra. Esse fenômeno foi criado como direito assegurado pelo Estado para as camadas mais carentes da população de países capitalistas desenvolvidos, visando o provimento de serviços sociais para cobrir os riscos da vida coletiva e individual, ganhando relevância no século XXI, no período pós II Guerra Mundial, em vários países, inclusive no Brasil (Arretche, 1995).

O termo "*Welfare State*", usado para descrever o Estado de bem-estar social, representou uma proposta institucional inovadora para alguns países, como a Inglaterra e a Alemanha. Essa abordagem visava permitir que o Estado implementasse e financiasse programas e planos de ação com o objetivo de promover os interesses sociais coletivos dos indivíduos em uma sociedade específica. O principal propósito, como destacado por Outhwaite e Bottomore (1996, p. 261-262), era “combater os cinco maiores problemas da sociedade: a escassez, a doença, a ignorância, a miséria e a ociosidade”. Esse conceito motivou a Alemanha, devido à força da ideologia liberal e de políticas estatais desde o século XIX e início do século XX, a dar grande ênfase à educação como um dos pilares desses programas de "serviços sociais". Isso porque, o principal objetivo era alcançar um alto nível de educação, o que resultaria em uma estrutura produtiva mais desenvolvida, conferindo vantagens econômicas e sociais em relação aos concorrentes europeus.

No entanto, ao contrário do exemplo alemão, o Brasil enfrentou condições sociais e políticas que foram, de certa forma, insuficientes para criar ferramentas institucionais de defesa capazes de compensar os efeitos negativos decorrentes do Estado desenvolvimentista, do avanço das políticas neoliberais e da desarticulação das estruturas produtivas e executoras das políticas públicas. Isso resultou na priorização, por parte do setor público, de algumas organizações da esfera privada, tanto nacional quanto multinacional, que intensificaram ainda mais a "mercantilização" das condições necessárias para alcançar o bem-estar da população. Esse cenário dificultou a busca pela universalização dos direitos sociais garantidos constitucionalmente (Gomes, 2006).

Muitas são as definições para política pública, mas, em linhas gerais, a política se constitui em um conjunto de decisões e ações propostas por um ente estatal, em uma determinada área temática, de maneira livre ou pela combinação de esforços com determinada comunidade ou setores da sociedade civil (Tude; Ferro; Santana, 2015). Ainda de acordo com os autores, política é aquilo que vai trazer solução de determinada questão social onde há a necessidade de se debater ideias e interesses coletivos, deixando de lado os conflitos e interesses individuais. Pode-se então, concluir que, a política pública é um campo de conhecimento que busca "colocar o governo em ação" quando necessário, propondo mudanças de realidade, onde os governos têm um papel fundamental na definição e implementação dessas políticas, não podendo visar apenas os grupos de interesse e os movimentos sociais, conforme a influência e as coalizões que integram o governo (Souza, 2006).

2.1.1 Processo de Elaboração de Políticas Públicas

Em um Estado Democrático de Direito, as políticas públicas desempenham um papel fundamental como mecanismos de garantia dos direitos fundamentais e do bem-estar social. É dever do Estado criar políticas públicas capazes de efetivar a garantia desses direitos de forma plena e satisfatória. Para isso, são necessários agentes competentes e comprometidos com o interesse público. Os gestores públicos desempenham um

papel fundamental ao planejar, coordenar, organizar, direcionar e controlar os assuntos de interesse da coletividade.

No entanto, a sociedade não apenas tem o direito de usufruir dos serviços estatais oferecidos, mas também possui o poder de controlar essas ações estatais por meio de instrumentos legais. Isso coloca a sociedade não apenas como beneficiária, mas também como parte atuante na política do Estado.

A saúde é um direito social de caráter fundamental, uma vez que é essencial para a vida humana. Por essa razão, as políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida e da saúde devem ser priorizadas. A qualidade de vida de uma pessoa é avaliada com base em diversos fatores determinantes e desencadeantes. A Lei 8080/1990, em seu artigo 3º, lista esses elementos como determinantes e condicionantes da saúde.

A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Brasil, 1990a).

Em consonância a isto, a elaboração de políticas públicas se dá em três etapas sucessivas e consesuais, sendo estas: formulação, implementação e avaliação (Gonçalves, 2006; Capella, 2018).

As necessidades sociais que dirigem as políticas, surgem especificamente de dois fatores: crises ou indicadores de necessidade de intervenção, motivo pelo qual se faz necessária a formulação de uma agenda estratégica do governo e dos cidadãos, classificada em três tipos: agenda não governamental (assuntos relevantes para a opinião pública, mas que não chamam a atenção do governo); agenda governamental (problemas que chamam a atenção das autoridades governamentais); e a agenda de decisão ou lista dos problemas a serem decididos (Silva, 2000, p. 14). Para Lindblom (1985 *apud* Silva, 2000, p. 15),

a inclusão/exclusão de um determinado assunto na agenda varia de acordo com o ativismo dos cidadãos e partidos políticos para chamar a atenção das autoridades, com a ideologia social (valores, crenças que favorecem ou não a opinião), com a interação dos atores e a possibilidade de participação democrática. O autor conclui que é sempre um grupo restrito que toma a decisão final.

2.1.2 Sistemas Universais de Saúde

Os sistemas universais de saúde representam uma abordagem na organização e financiamento dos serviços de saúde, com o objetivo de assegurar o acesso igualitário e abrangente à saúde para toda a população de um país (Fiocruz; CNS, 2018). Consoante ao exposto, salienta-se que, diferentes nações adotam modelos diversos de sistemas universais, adaptando-os às suas realidades sociais, políticas e econômicas.

É importante ressaltar que, mesmo diante dos desafios e particularidades regionais, o SUS do Brasil, criado pela Constituição de 1988, é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, cobrindo toda a população brasileira. Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS oferece uma ampla gama de serviços, desde atenção primária até procedimentos de alta complexidade (atenção terciária).

Outro sistema notável é o National Health System (NHS) do Reino Unido, que se destaca como um dos sistemas universais de saúde mais antigos e conhecidos. Estabelecido em 1948, o NHS fornece serviços gratuitos para todos os residentes no Reino Unido, financiados por meio de impostos. Ele abrange cuidados primários, secundários e terciários, promovendo um modelo de saúde acessível e abrangente (Filippon *et al.*, 2016).

O Sistema de Saúde Canadense (Medicare) é público e financiado por impostos, garantindo assistência médica para todos os cidadãos e residentes permanentes. Ele oferece uma cobertura ampla, que inclui consultas, procedimentos cirúrgicos, hospitalização e cuidados a longo prazo, com administração descentralizada em cada província (Campos *et al.*, s.d.).

O Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano é um modelo de sistema universal descentralizado e financiado pelo governo. Criado em 1978, proporciona serviços de saúde a todos os cidadãos e estrangeiros residentes, garantindo cobertura

abrangente e acesso a uma ampla variedade de cuidados de saúde (Meneguzzo; Fiorani; Keinert, 2010).

Todos esses sistemas, incluindo o SUS no Brasil, compartilham o compromisso com a saúde universal e acessível para suas populações. Cada sistema enfrenta desafios específicos relacionados ao financiamento, administração e equidade, buscando, constantemente, melhorias para proporcionar um atendimento de qualidade e igualitário a todos os seus beneficiários.

Essa análise dos sistemas universais de saúde destaca a importância de políticas de saúde bem estruturadas, investimentos adequados e uma abordagem holística para garantir a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde em âmbito nacional.

2.2 REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO HISTÓRICO PARA A FORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De 1500 a 1889, do descobrimento ao Império, o cenário do Brasil colônia era agravado pelas condições sanitárias, doenças como a febre amarela, cólera, peste, somado a pouca mão de obra especializada, ou seja, as pessoas que precisavam de tratamento eram atendidas pelos boticários, indígenas e/ou jesuítas. Somente com a chegada da Família Real ao Rio de Janeiro, em 1808, é que foi surgindo a ideia de controle sanitário junto as Santas Casas, estas fundadas por religiosos em 1818.

Até o término da escravidão no Brasil (1888) não houve uma preocupação maior com a saúde do trabalhador, visto que os escravizados não tinham direitos garantidos (Oliveira, 2017). Desta forma, o Brasil apresenta a entrada no capitalismo de forma tardia, como explicita Saes (2015). A transição para o capitalismo no Brasil se inicia com dois processos políticos particulares, que, de modo combinado, compõem a nossa Revolução Política Burguesa: a Abolição da Escravatura (1888) e a Proclamação da República (1889) (Saes, 2015, p. 2). Ainda de acordo com o autor, “o ponto final da transição pode ser localizado no momento histórico (fins da década de 1950) em que a atividade industrial suplanta a agricultura” (Saes, 2015, p. 2).

Frente a esse contexto histórico, é clara a falta de direitos trabalhistas, visto nosso passado escravocrata (Tribunal Superior do Trabalho, 2023a), bem como de condições insalubres dos locais de trabalho (Nogueira, 1981), o que faz com que, neste novo período, o capitalismo, por expansão industrial, seja permeado por greves e revoltas, solicitando melhores condições de trabalho e também de saúde (Camilo, 2012).

Em consonância para a garantia da saúde do trabalhador, e para que não houvessem baixas na produtividade, a partir de pressão empresarial, o presidente da época (Arthur da Silva Bernardes) sancionou a Lei Eloy Chaves, no ano de 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), inicialmente firmadas em “cada empresa da Estrada de Ferro do Brasil” (Tribunal Superior do Trabalho, 2023b, s.p.).

A partir da Era Vargas, muitos foram os avanços para a conquista dos direitos à saúde. O governo incluiu outras categorias para as CAPs, que se tornaram Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, sendo eles o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1933; Comerciantes (IAPC), em 1934; Bancários (IAPB), em 1934; e Industriários (IAPI), em 1936. Em 1938 foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE) e, nos anos seguintes, outras categorias profissionais também foram contempladas. Em 1945 os IAPs expandiram suas áreas de atuação, e passaram a incluir serviços na área de alimentação, habitação e saúde (Reis, 2010).

Já durante a ditadura militar (1964 a 1985), a saúde pública sofreu com o corte de verbas, aumentando as doenças como dengue, meningite e malária (Costa, 2019). Em novembro de 1966, todos os institutos que atendiam aos trabalhadores do setor privado foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Batich, 2004).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo um novo desenho institucional para o sistema

previdenciário. Contudo, nem todos os trabalhadores eram contemplados com o atendimento via INAMPS, sendo que só podiam usufruir dos benefícios do mesmo aqueles trabalhadores que eram seus contribuintes, ou seja, que contribuía com a previdência social (CPDOC, 2023). Até a sua extinção, para quem não contribuía, restavam as Santas Casas de Misericórdia ou os hospitais universitários que, à época, eram poucos (Machado, 2023).

Desta forma, é a partir dos movimentos da Reforma Sanitária, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que desponta o consenso em relação à formação de um sistema único de saúde. Em 1993 o INAMPS foi extinto pela Lei nº 8.689, e suas competências transferidas às instâncias federal, estadual e municipal, gestoras do recém criado SUS, criado pela Constituição de 1988, que consagrou o direito universal à saúde (Marques *et al.*, 2009), sendo este definido como "direito de todos e dever do Estado" (Brasil, 1988). Ademais, a Constituição consagrou as lutas populares à saúde, sendo um marco importante para a criação do SUS em 1990, pela Lei nº 8.080 (SESA/PDRH, 2017).

No Brasil, o SUS faz parte de uma rede pública que busca a articulação intersetorial, para complementá-lo, com o objetivo de consolidar a prestação de serviços de saúde de caráter público. Conforme Paim e Teixeira (2006, p. 74), "a política de saúde é uma resposta social da instituição diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente". Isso envolve diretrizes, planos e programas de saúde, abordando o papel do Estado, sua relação com a sociedade, com a saúde, com o controle social, com a política econômica da saúde e seu financiamento. O SUS deve ser uma política pública que requer avaliações constantes dos investimentos públicos usados para atender as necessidades em saúde, sua gestão e a aplicação dos recursos públicos envolvidos a partir dessa formulação (Silva; Borba; Machado, 2015 *apud* Nunes, 2018).

As Normas Operacionais Básicas NOB-91 e NOB-92 foram marcos importantes na construção do SUS, orientando a transferência de recursos financeiros e definindo, de forma mais clara, os papéis e a organização da gestão. No entanto, essas normas

colocaram as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na condição de prestadoras de serviços privados contratadas pelo SUS, passando a receber pagamento por procedimentos com base na produção.

A partir das resoluções da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, cujo tema foi a municipalização, foi promulgada a NOB-93, instituindo a modalidade semiplena da gestão e permitindo que os municípios se tornassem efetivamente gestores do sistema de saúde (Brasil, 1993). No entanto, essa forma de gestão foi considerada incipiente e parcial, modificando pouco a condição dos municípios como prestadores de serviços.

Em 1994, mobilizados por secretários municipais de saúde e lideranças políticas, foi estabelecido o decreto federal 1232 (Brasil, 1994), que possibilitou o repasse direto de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde, conhecido como decreto fundo a fundo, sendo fundamental para a efetivação da NOB-93. Esse momento histórico foi marcado pelo crescimento da autonomia dos municípios, aumento da participação popular nos conselhos e ampliação e diversificação dos serviços oferecidos à população nos municípios.

Outro avanço importante foi a edição da NOB 96, que trouxe um contexto de reforma do Estado liderada pelo extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), chefiado por Bresser Pereira. Em 1995, o ministro lançou as bases do modelo que tratava da "reforma" no setor saúde (Brasil, 1998). Esta NOB (Brasil, 1996) abordou a atenção à saúde, introduzindo programas assistenciais verticais para a atenção básica, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Também instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), que consiste em uma quantia fixa por município/habitante/ano, substituindo a forma anterior de remuneração vinculada à produção das ações básicas de saúde.

No entanto, a NOB/96 limitou a autonomia dos municípios ao vincular a liberação dos recursos a programas e atividades estabelecidos pelo Ministério da Saúde, interferindo na integração e na articulação dos recursos locais, bem como no uso do perfil epidemiológico para definir as prioridades e programas, afetando o planejamento

local. Além disso, a NOB/96 manteve a remuneração por produção das internações hospitalares e de procedimentos de média e alta complexidade.

Em 2001 foi promulgada a NOAS, que tratou da gestão plena do sistema de saúde e a gestão plena da atenção básica ampliada (Brasil, 2001). A operacionalização dessa norma enfrentou várias dificuldades, incluindo a forma de implementar a descentralização determinada pelo gestor federal, que colocava em prática um processo de regionalização que poderia reproduzir as divisões administrativas dos governos, sem considerar a dinâmica dos territórios e a exigência de modalidade plena do sistema para que o município se habilitasse como município sede.

Tanto a primeira quanto a segunda versão da NOAS tinham como objetivo ampliar a responsabilidade do gestor municipal na atenção básica, regionalização e hierarquização da assistência. Essas questões levaram os gestores a uma intensa negociação entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), no âmbito da CIT, resultando em uma nova versão publicada em 2002.

No entanto, os problemas persistiram com a NOAS 2002 (Brasil, 2002), incluindo a criação de múltiplos instrumentos de gestão, o condicionamento à celebração de acordo entre um município com gestão plena da atenção básica e o município sede para a prestação de serviços à população no próprio território, o condicionamento da prestação de ações de média complexidade e internações hospitalares, à sua inclusão na Programação Pactuada Integrada (PPI) conduzida pelo gestor estadual, o que afetou a autonomia do gestor municipal, visto que os serviços de alta complexidade ficaram sob o controle do gestor estadual.

O processo de regionalização da saúde, estabelecido nas NOAS, normatizadas pelas Portarias do Ministério da Saúde nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, é um passo importante para a hierarquização dos serviços, e devem contemplar a lógica de planejamento integrado, devendo serem respeitadas as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não devendo serem restritos à gestão

municipal, porém, respeitando seus limites, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

A mesma NOAS que regulamentara a regionalização e hierarquização dos serviços instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que deve considerar as necessidades de saúde da população e elaborar fluxo de acesso adequado aos usuários, levando-se em conta a integralidade e a economia de escala e escopo para a resolutividade da assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; e do estabelecimento de mecanismos e fluxos regulatórios, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (Brasil, 2002).

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde em 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS (Brasil, 2006).

O Pacto pela Vida, constituído por um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais, significa uma ação prioritária no campo da saúde que deve ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governos e de defender os princípios dessa política pública, inscrita na Constituição Federal, a concretização desse passa por um movimento de repolitização

da saúde, estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

O Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o que, contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental, com disparidades e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais, é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades dos territórios.

Esse pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoiar a sua qualificação. Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, buscando critérios de alocação equitativa dos recursos, reforçando os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores e integrando em grandes blocos o financiamento federal, estabelecendo relações contratuais entre os entes federativos.

A implementação do Pacto pela Saúde de 2006 envolveu ações coordenadas entre os diferentes níveis de gestão do SUS. O objetivo foi melhorar a eficiência e eficácia dos serviços de saúde, garantindo um atendimento de qualidade e mais humanizado para a população brasileira. Entretanto, ao longo dos anos, alguns desafios foram identificados, como a necessidade de financiamento adequado para o SUS, garantindo recursos suficientes para a implementação efetiva das ações propostas no Pacto pela Saúde.

As desigualdades regionais, devido as dimensões continentais do país, representam um grande desafio para garantir o acesso equitativo e de qualidade aos serviços de

saúde em todo o território nacional, bem como a gestão integrada e participativa para a integração eficaz entre os entes federativos e a participação da sociedade nas decisões de saúde. Esses são desafios que demandam um esforço contínuo para consolidar a gestão participativa e colaborativa.

Apesar dos desafios, o Pacto pela Saúde de 2006 trouxe avanços significativos para o sistema de saúde: houve uma maior integração entre os gestores e uma ampliação na cobertura de atendimento, principalmente em áreas que necessitavam de maior atenção, sendo possível identificar e oportunizar a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, diminuindo as barreiras que impediam muitos brasileiros de receberem assistência adequada.

O fortalecimento da atenção básica, com investimentos que favoreceram a implantação das ações de prevenção e promoção da saúde e a integração dos serviços, trouxe maior eficiência na gestão dos recursos, otimizando o atendimento e a utilização dos recursos disponíveis. O desafio atual é manter esse compromisso e continuar aprimorando o SUS, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, para que todos os brasileiros possam desfrutar de uma saúde de qualidade.

2.3 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL, DEMOCRACIA E O CONTROLE SOCIAL

Os representantes eleitos durante o pleito eleitoral devem garantir o poder do povo, conforme a Constituição Federal, cuja redação do artigo 1º representa o regime político adotado pelo Brasil, ou seja, democracia semidireta ou participativa, devendo a população participar da política e atuar diretamente sobre as leis. Essa formatação contribui para a participação no controle e fiscalização das ações de governo e, desta forma, é possível garantir as ações propostas no planejado, a aplicação dos recursos públicos e corrigir possíveis vícios nos processos de gestão (Brasil, 1988).

O estado democrático de direito visa a garantia de direitos individuais e coletivos, devendo o estado cumprir com a Constituição Federal. É possível observar significativo avanço na participação social por meio de atos normativos e do

arcabouço legal e dos órgãos de controle. A participação da população é um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania e contribui para aproximar a sociedade do Estado, surgindo a oportunidade dos cidadãos acompanharem as ações dos governos e cobrarem uma gestão de qualidade e que responda as necessidades em saúde da população (Brasil, 1988).

O controle social tem espaço de governança por meio dos Conselhos Municipais, devendo estes estarem apropriados de ferramentas importantes para a sua efetiva participação, são elas: as Audiências Públicas, ambiente oportuno para que a população tenha o direito de expressar sua opinião sobre as questões discutidas, legislações que permeiam o Orçamento Participativo no processo de tomada de decisão pública, permitindo a análise e opinião sobre a aplicação dos recursos públicos; Lei de Responsabilidade Fiscal; Relatório Resumido da Execução Orçamentária; Relatório de Gestão Fiscal; e Conselhos de Políticas Públicas, que são os locais de exercício da cidadania, que abrem espaço para a participação popular na gestão, visando controlar os recursos destinados à saúde e a execução das ações, assim a participação da elaboração das metas dessa área. Dessa forma, é importante que a população saiba quem são os membros de cada conselho e possa discutir com eles os problemas de saúde da cidade (Brasil, 2022).

2.3.1 Controle e monitoramento social da política pública

Muitas são as formas de participação exercida pela sociedade sobre os governos. O Controle Social é uma instância deliberativa de caráter fiscalizador das Políticas Públicas, onde a sociedade é comprometida no diálogo e nas reflexões acerca das questões sociais que afetam o coletivo, fortalecendo a avaliação, controle e monitoramento do sistema público (Gomes, 2003).

A participação da sociedade civil organizada, junto com o governo, usuários, entidades não governamentais e por trabalhadores em geral, estabelece uma composição plural e paritária dentro do Controle Social, favorecendo o exercício de formular normativas e, também o controle na execução das políticas.

Frente ao exposto, compreende-se que isto trata do Controle Social perante os atos governamentais, ou seja,

a participação da sociedade civil nos processos de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública e na execução das políticas e programas públicos. Trata-se de uma ação conjunta entre Estado e sociedade em que o eixo central é o compartilhamento de responsabilidades com vistas a aumentar o nível da eficácia e efetividade das políticas e programas públicos. Diante disso, como o Controle social contribui sobre a eficácia e eficiência da Política de Assistência Social, sendo esta instância a representação da democracia, ou seja, da participação popular (Brasil, 2015, p. 42 *apud* Carvalho; Santos, 2018).

2.4 PLANEJAMENTO NO SETOR PÚBLICO

O planejamento faz parte do processo histórico da formação da humanidade e de sua sobrevivência frente a escassez de recursos e para a melhor aplicação dos recursos (Uribe Rivera; Artmann, 2012). Segundo Chagas *et al.* (2014 *apud* Nunes, 2018), é a principal atividade em que o ser humano intervém sobre a realidade, para alcançar resultados definidos previamente. Ambos os autores se fundamentam nas teorias de Taylor e Fayol, que apontam como o processo de industrialização contribuiu para a criação dos sistemas contábeis, a análise dos custos e a racionalização dos processos de trabalhos, para o planejamento.

Já Vieira (2009) esclarece que a ação de planejar não é a decisão, porém, possui um papel importante para o resultado que se deseja alcançar. Para a política pública, o planejamento define as funções do Estado que impactam na economia, destacando variáveis contempladas no processo de planejamento, elaborado a partir da Nova Política Econômica na União Soviética, no período de 1921 a 1929 (Rizzotto, 2011).

Os primeiros registros de planejamento surgiram na Inglaterra em 1943, a partir da crise de 1929, onde a sociedade capitalista contribuiu para a criação do Plano Beveridge, que indicava a necessidade de intervenção estatal na economia, sobretudo, em áreas as quais a iniciativa privada não conseguiria atuar, havendo maior envolvimento de países capitalistas no planejamento (Carnut, 2012).

Esse processo de fortalecimento da regulação estatal visava a reconstrução dos países europeus no pós Segunda Guerra e para o crescimento econômico da União Soviética, influenciando a expansão do planejamento na América Latina (Uribe Rivera; Artmann, 2010), visando a integração regional para o desenvolvimento e para substituição de importações e de estratégias para fortalecer a América Latina nas relações internacionais (Braga, 2002) a partir da instituição da Comissão Econômica para a América Latina pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, a fim de superar os desafios com o subdesenvolvimento (Rizzotto, 2011).

2.4.1 O Processo de Planejamento no Sistema Único de Saúde

O planejamento nasce junto com o Sistema Único de Saúde a partir da Lei 8.080/90, orientando os órgãos deliberativos à compatibilização de necessidades da política de saúde e recursos definidos nos planos de saúde, elaborados a partir das diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde, devendo os planos serem a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, vedando a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde (Brasil, 2015).

Essa relação interfederativa é definida também na Portaria 2.135/2013, que dispõe sobre a responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvida de forma contínua, articulada e integrada, respeitando os resultados das pactuações entre os gestores nas CIR, CIB e CIT, seu monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS, dialogando com o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão, orçamento de governo, quais sejam: o PPA, a LDO e a LOA, em cada esfera de gestão (CONASS, 2016).

Todas as normas estabelecem incentivo à participação da comunidade. A Lei nº 8.142/1990 também normatiza as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e define que os recursos do Fundo Nacional de

Saúde (FNS) devem ser alocados como: despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, investimentos previstos em lei orçamentária, investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde, cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (art. 2º). Já no art. 4º, estabelece como condição para o recebimento dos recursos do SUS a elaboração de plano de saúde e relatório de gestão (Brasil, 1990b).

Destarte, a Emenda Constitucional 29 alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, regulamentada pela Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Já a Portaria GM/MS 4.279, de 30 de dezembro de 2010, organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde para as Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2010a).

De modo semelhante, a Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011, estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito SUS, nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Já a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro 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, além de estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo, revogando dispositivos das Leis 8.080, de 19 setembro de 1990 e 8.689, de 27 de julho de 1993. Os artigos 30, 31 e 36 da Lei tratam do processo de planejamento, do planejamento regional, do papel dos Conselhos de Saúde nesse processo e das audiências públicas para a apresentação do Relatório Detalhado do Quadrimestre e do Relatório de Gestão (RDQA) (Brasil, 2012).

A Resolução CIT nº 23, de 17 de julho de 2017, estabelece diretrizes para os processos de Regionalização e para o Planejamento Regional Integrado, que devem ser elaborados de forma ascendente, e também da Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS e, a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde (Brasil, 2018a).

O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada, nele devem ser considerados os serviços e as ações de saúde prestados pela iniciativa privada, de forma a complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

2.4.2 Instrumentos de gestão

Os mecanismos que garantem o funcionamento do SUS, em todos os seus níveis, são explicitados por meio dos instrumentos de gestão e planejamento, interligados entre si de forma sequenciada, compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do planejamento proposto pelos gestores.

Importante destacar que, antes de 2018, esses instrumentos eram publicizados no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) e que, a partir de 2018, com a ocorrência de migração do SARGSUS para o DigiSUS Gestor no Módulo Planejamento, este passou a incorporar essas funcionalidades para a elaboração e envio dos relatórios, que tem por objetivo possibilitar, aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, o registro de dados do Plano de Saúde (PS) e da PAS, bem como a elaboração e o envio do (RDQA) e do RAG para apreciação do conselho de saúde.

É importante destacar que, por meio do Pacto pela Saúde de 2006, os gestores realizavam o monitoramento e a avaliação dos indicadores de saúde. No entanto, a partir da publicação da Nota Técnica nº 20/2021-DGIP/SE/MS, que revogou a Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016 da CIT, que tratava do processo de

Pactuação Interfederativa de Indicadores, houve uma mudança significativa. Essa mudança consiste na consideração pela CIT de que, no momento atual, já não era necessário manter a pactuação para além dos instrumentos de planejamento em saúde previstos na legislação, motivo pelo qual decidiu-se pela revogação da referida resolução, porém, o estado criou movimento do Pacto Bipartite. Desta forma, no estado do Espírito Santo foi instituído, por meio da Portaria nº 150-R, de 29 de julho de 2020, o Plano de Gestão do Planejamento Estratégico e Governança de Informações na Saúde, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

Já a Portaria nº 227-S, de 29 de julho de 2020, também criou o Grupo de Trabalho de Gestão do Planejamento Estratégico e Governança de Informação em Saúde (GT-GPEGIS), aprovando o Pacto Bipartite de Indicadores Estratégicos, o Painel Bipartite de Indicadores Estratégicos para o quadriênio 2022-2025 e o Cronograma Geral para a Pactuação Anual do Painel Bipartite de Indicadores. Isso definiu um conjunto de treze indicadores que os gestores devem monitorar.

Os indicadores de saúde têm como objetivo descrever e monitorar a situação de saúde de uma população e estão relacionados as características e dimensões da saúde. A nível nacional, o governo brasileiro tem reconhecido a importância dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) na busca por um desenvolvimento mais sustentável e inclusivo. Para isso, tem adotado políticas e estratégias alinhadas com os ODS, levando em consideração as particularidades nacionais e regionais.

A Agenda 2030, com seus 17 ODS, é um plano global adotado pelo Brasil e outros países para enfrentar desafios socioeconômicos e ambientais até 2030. Os indicadores dos ODS servem como ferramentas para medir o progresso em direção às metas estabelecidas.

Instituições governamentais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desempenham um papel fundamental na coleta e análise de dados para alimentar esses indicadores. Eles abrangem uma ampla gama de áreas, desde a erradicação da pobreza e a igualdade de gênero até a ação climática e cidades sustentáveis.

Entretanto, alguns desafios persistem, sendo um deles, a coleta consistente de dados de alta qualidade em todas as regiões do Brasil. Ademais, a disparidade socioeconômica entre as regiões brasileiras pode levar a diferenças significativas nos avanços em direção aos ODS. Portanto, garantir que os indicadores reflitam com precisão a realidade de todo o país é crucial.

Destarte, é necessário fortalecer a participação da sociedade civil e do setor privado na implementação e no monitoramento dos ODS. O engajamento ativo desses atores pode contribuir para soluções mais integradas e sustentáveis.

Em conclusão, o Brasil tem avançado na incorporação dos ODS em suas políticas e práticas governamentais, e os indicadores ODS desempenham um papel fundamental nesse processo. Contudo, é essencial continuar aprimorando a coleta de dados e promovendo a participação ampla da sociedade para garantir o sucesso na realização desses objetivos até 2030.

2.4.3 Financiamento da saúde

O art. 165 da Constituição Federal menciona o processo de planejamento, determinando ao poder executivo a responsabilidade de elaborar planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamentos anuais, sendo estes um dever constitucional. De igual modo, a Lei 8.080/90 define que as instâncias federadas exercerão a elaboração e atualização periódica do plano de saúde, elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde e, além disso, estas também devem promover a articulação da política e dos planos de saúde.

Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. A LC 141/12 acrescenta que, aos Conselhos de Saúde cabe deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades, isto é, esta prerrogativa é competência também, de todos os conselhos: nacional, estaduais, municipais e do

Distrito Federal e não apenas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), como está no art. 37 da Lei 8.080/90 e no § 3º do art. 15 do Decreto 7.508/11 (Brasil, 2012a).

Dessa forma, entende-se que o CNS definirá diretrizes nacionais e os demais conselhos definirão as diretrizes locais, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa. Esta mudança na legislação, dada em 2012, reforça o conceito do planejamento ascendente e aponta para a importância da participação da sociedade na formulação das políticas para a saúde.

Planejar é tarefa das três esferas de governo e é fundamental na organização desse sistema e na oferta dos serviços à população. Como consequência, os gestores do SUS estão sentindo cada vez mais a necessidade de organizar, internamente, nas secretarias de saúde, as rotinas e os processos de trabalho, a descentralização de tarefas, bem como a formação de equipes para as questões de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação (CONASS, 2016).

O processo de planejamento da saúde deverá observar os prazos do Plano Plurianual (PPA), da LDO e da LOA e ser com eles compatíveis, deverá, ainda, observar as regras constitucionais e legais. Dessa forma, os planos de saúde e seu orçamento devem estar conformes ao PPA e integrados na LOA.

Se, na saúde, julgar-se necessário estabelecer diretrizes para orientação do seu orçamento, elas deverão estar previstas na LDO ou, pelo menos, ser compatíveis com as diretrizes ali previstas.

Também o plano de saúde não pode passar ao largo daquilo que foi previsto no PPA. Enquanto no PPA as metas são desagregadas para cada exercício, no plano de saúde, as metas são agregadas para o período. As metas de um e de outro instrumento, portanto, não podem ser simplesmente transpostas de um para outro instrumento. Para cumprimento das suas atribuições, no que se refere aos instrumentos componentes do ciclo de planejamento, o gestor deve observar os prazos legais para sua elaboração, numa agenda concatenada (CONASS, 2016).

2.5 REGIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA

A governança regional em saúde representa uma estratégia para estabelecer a cogestão intergovernamental nas regiões de saúde e compartilhar as responsabilidades entre os entes federados, cumprindo os princípios e diretrizes constitucionais.

O Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, coloca a integração regional como um de seus principais objetivos, resultante de planejamento e pactuações entre gestores. Ansell e Gash (2008) destacam as condições sob as quais essa estratégia pode ser mais ou menos eficaz na elaboração de políticas e gestão pública. Enquanto Calmon e Costa (2013) identificam variáveis que podem aumentar a capacidade de governança, sendo estas: o capital social, a institucionalização, a sustentabilidade, a estrutura e os instrumentos de coordenação, comunicação, informação e análise. No entanto, ambos os autores definem a governança colaborativa como um arranjo de governo em que um ou mais órgãos públicos se envolvem com instituições não estatais como partes interessadas em um processo de tomada de decisão coletiva formal, deliberativa e orientada para o consenso, com o objetivo de fazer ou implementar políticas públicas ou gerir programas e ativos.

Essa definição levanta algumas questões sobre a governança nas regiões de saúde. A legislação do SUS prevê Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, nos quais, usuários, trabalhadores da saúde e o setor privado estão presentes. No entanto, atribuir aos Conselhos de Saúde o papel de governança seria atribuir a eles a implementação das políticas de saúde. No SUS, a responsabilidade de pactuar os modelos de gestão, atenção e financiamento cabe aos gestores, com a aprovação pelo Conselho do Plano de Saúde, que deve conter todas as ações, incluindo as responsabilidades pactuadas.

Nas regiões de saúde são instituídas as CIR, nas quais participam apenas gestores públicos apoiados por técnicos e convidados. A CIR é deliberativa e toma decisões por consenso e opera sem hierarquia. A interdependência dos gestores do SUS é

estabelecida no artigo 15 da Lei 8080/90, com responsabilidades comuns e competências específicas de cada ente federado nos artigos 16 a 18.

Nas três esferas de governo, instituições e representações não estatais, representantes de profissionais de saúde e de usuários do sistema de saúde, instituições de ensino e pesquisa em saúde participam por meio de consultas públicas e/ou grupos de trabalho. No entanto, a tomada de decisão coletiva para elaborar e pactuar a implementação das políticas públicas de saúde envolve apenas os gestores nas três esferas de governo.

É necessário fortalecer os espaços de governança das CIR, que têm a responsabilidade de realizar as pactuações conforme as diretrizes nacionais e estaduais, considerando aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, conforme os planos de saúde aprovados pelos respectivos conselhos de saúde. Isso inclui diretrizes gerais sobre regiões de saúde, integração de limites geográficos, fluxos de referência e contrarreferência, e outros aspectos relacionados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos, bem como diretrizes de âmbito regional para a organização das RAS, especialmente em relação à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos.

Nas CIR onde há legitimação e institucionalização e liderança colaborativa, as condições para bons resultados são mais favoráveis. É importante destacar que a CIR precisa de organização e estrutura para funcionar regularmente, embora suas decisões sejam fortemente influenciadas pela agenda e direção oriundas dos fóruns da CIB (âmbito estadual) e CIT (âmbito nacional). Conforme o modelo, as responsabilidades deveriam ser especificamente estabelecidas para cada um dos três entes federativos, bem como as interdependências entre essas responsabilidades, pois, muitas vezes, um município depende de outro e do apoio técnico e financeiro dos estados e da União.

Um fator importante para a governança regional é a incorporação da regionalização na agenda dos chefes dos poderes executivos e dirigentes das secretarias estaduais e municipais de saúde. No entanto, essa não é uma condição presente na maioria das regiões de saúde, o que se traduz em fragilidade institucional na implementação da regionalização, especialmente nas regiões com pouca capacidade de ação.

A pactuação entre entes públicos como resultado da governança colaborativa fortaleceria os vínculos entre os entes públicos, definindo melhor as responsabilidades e reforçando a institucionalidade no planejamento regional. A regionalização da saúde depende do esforço conjunto das três esferas de governo e só se concretizará com o fortalecimento dos mecanismos político-institucionais no âmbito do pacto federativo regional.

Calmon e Costa (2013) apontam cinco características básicas do ambiente de gestão: consenso sobre objetivos, distribuição de recursos, apoio político, relacionamentos e orientação em relação às políticas públicas compartilhadas entre todos os atores. Já que a Saúde envolve atores nos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, grupos de interesse, representantes de organismos internacionais, membros da academia e da mídia, e a participação da comunidade como um de seus princípios organizativos.

Os desafios para processos de governança regional no SUS só serão superados com coordenação, cooperação e comunicação eficazes. Os arranjos organizacionais das regiões de saúde, compostos por instituições formais (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de saúde) e informais, juntamente com a forma como a agenda, é combinada, onde as decisões são tomadas por consenso e a divisão de responsabilidades técnicas e financeiras são pactuadas, fazendo parte da estrutura de governança nos diversos estados, com diferentes desenhos. Além dos fóruns CIR, CIB e CIT, em vários estados, há outros em macrorregiões que são fundamentais para as pactuações relacionadas ao acesso e à integralidade. Em alguns casos, o caráter deliberativo das CIR requer a aprovação de decisões pela CIB.

Para aumentar a capacidade de governança nas regiões de saúde e fortalecer os relacionamentos entre gestores, há um grande esforço e atuação de apoio por parte dos Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) em cada estado, do Conasems e do CONASS. Esse apoio geralmente envolve diálogo horizontal entre gestores e é feito em forma de rede de políticas públicas. Existem várias iniciativas em andamento do Conasems e do CONASS para acolher novos gestores e garantir menos mudanças nas decisões, mas os fluxos financeiros no SUS sempre sofrem oscilações.

O financiamento do sistema é uma questão complexa que exige discussão baseada em dados estruturados, considerando custos regionais, recomposição dos níveis de financiamento federal diante do esgotamento da capacidade de alocação de recursos municipais em saúde, e compromissos dos governos estaduais com o cofinanciamento da estruturação e funcionamento das redes de atenção, entre outras ações e posicionamentos políticos. O grau de governança de uma rede de políticas públicas também depende da qualidade dos instrumentos de gestão.

O planejamento e a implementação das ações requerem fluxo de informações confiáveis e detalhadas, que precisam ser analisadas e disseminadas em tempo hábil para subsidiar o processo de tomada de decisão. O grau de governança de uma rede de políticas depende da qualidade e da confiabilidade das informações disseminadas entre os atores. Esta é outra fragilidade do SUS, que possui mais de 130 sistemas de informação desenvolvidos com finalidades diferentes, regras de negócio e portarias de programas e ações de saúde fragmentados, baixa interoperabilidade, falta de aderência aos processos de trabalho das equipes de saúde nos municípios e falta de informações para o processo de tomada de decisão.

2.6 ESPÍRITO SANTO: HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA

A regionalização na saúde, prevista constitucionalmente, é uma estratégia importante para promover sistemas de saúde eficientes e relações intergovernamentais mais cooperativas, visando garantir a integralidade e equidade na atenção à saúde. Além

disso, desempenha um papel fundamental na promoção do desenvolvimento socioeconômico das regiões, contribuindo para a redução das desigualdades sociais (PDRH, 2017).

No contexto do Pacto pela Saúde (2006), a regionalização é definida como um eixo estruturante, e a constituição das regiões de saúde deve levar em consideração as características culturais, socioeconômicas e os aspectos políticos interfederativos, uma vez que o funcionamento do sistema regional depende da pactuação entre os gestores do sistema de saúde (Brasil, 2006).

Com o objetivo de fortalecer as ações regionais e estabelecer metas regionais, o Sistema Estadual de Saúde do Espírito Santo configurou o território regional no PDR em 2011, dividindo-o em quatro regiões de saúde (Norte, Central, Metropolitana e Sul). Nessa perspectiva, o processo de planejamento do Governo Estadual do Espírito Santo propôs a adoção da regionalização como uma forma de melhorar a distribuição de recursos públicos e buscar uma adequada delimitação dos espaços para a execução de ações que promovam o desenvolvimento sustentável.

Ao decidir regionalizar um determinado espaço geográfico, é de fundamental importância considerar o alinhamento das políticas públicas setoriais e das ações e programas, com foco na qualidade de vida da população e na redução das disparidades regionais. A constituição da Comissão Intergestora Regional Metropolitana de Saúde do Estado do Espírito Santo ocorreu por meio da Resolução de CIB/SUS-ES nº 218/2012, de 06 de agosto de 2012, estabelecendo-se como um importante espaço de governança regional.

2.6.1 Cronologia da Regionalização no Espírito Santo

Em 1989, a Lei Estadual nº 4.317 descentralizou a Secretaria de Estado da Saúde e as instâncias de participação social estadual e regionais, criando o Conselho Estadual de Saúde e os Conselhos Regionais de Saúde.

No ano de 1990, o Decreto nº 3.011-N, datado de 06 de julho de 1990, homologou o modelo assistencial de saúde para o estado do Espírito Santo. Este decreto também instituiu, no organograma da Secretaria Estadual de Saúde, quatro Superintendências Regionais de Saúde (SRS), localizadas nos municípios de São Mateus, Colatina, Vitória e Cachoeiro de Itapemirim.

No início dos anos 2000, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS-SUS) nº 01/2001 e 01/2002 impuseram a redefinição territorial das regiões de saúde, concebendo os módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, expressas no PDR de 2003. Foi elaborada a PPI com a participação municipal e com os parâmetros aprovados no Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS-ES).

Nos anos de 2001 e 2002 foram instituídos módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões. As SRS foram mantidas na sua concepção, com a Macrorregião Norte mantendo duas SRS.

Em 2003 houve a instituição de três Macrorregiões e oito Microrregiões de Saúde. No ano de 2006, no Pacto pela Saúde, o PDR assumiu a função de instrumento de planejamento sistêmico do espaço regional e instituiu os Colegiados de Gestão Regional.

Em 2010, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) e o COSEMS-ES realizaram a atualização do PDR e a elaboração de nova programação assistencial, aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite do Espírito Santo (CIB-ES) em 2011. Nesse processo foram configuradas quatro regiões de saúde: Norte, Região Central, Região Metropolitana e Região Sul, abolindo o conceito de micro e macrorregiões.

No mesmo ano de 2011, o Decreto Federal nº 7.508/2011 instituiu os Colegiados Regionais de Saúde e elaborou e aprovou o novo PDR e a PPI. No período de 2011 a 2015 houve a aprovação e habilitação dos Planos de Ação e dos pontos de atenção das Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

Também em 2011, foi criada a Rede Cegonha, linha de cuidado Materno-Infantil, com a governança concretizada pela resolução CIB-ES 218/2011, que instituiu o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. Neste ano foi elaborada a PPI em consonância com o Pacto pela Saúde.

Em 2012, a Resolução da CIB nº 267/2012 definiu a adesão do estado do Espírito Santo à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formalizada pela Portaria GM/MS nº 223, em 26 de março de 2014. Cada Região de Saúde conta com um Grupo Condutor Regional. Neste mesmo ano também foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), atendendo à Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que definiu os objetivos e diretrizes da RCPD. O Espírito Santo aderiu e instituiu o Grupo Condutor Estadual em 2012, a partir da Resolução CIB nº 268/2012.

No ano de 2013, os Planos de Ação Regionais da Rede de Urgência e Emergência (RUE) foram elaborados, com a Resolução nº 196/CIB-ES, de 30 de agosto de 2013, aprovando o Plano de Ação da RUE.

Em 2014 e 2015 iniciou-se o processo de Planejamento Regional e elaboração dos Planos de Intervenção Regional (PIR) envolvendo a SESA, COSEMS, Ministério da Saúde (MS), Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), Hospital do Coração (HCor) e Laboratório de Inovação em Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde (LIGRESS).

Em 2015 foi instituído o Fórum Estadual de Referências Técnicas da PPI. No ano seguinte, a Portaria GM/MS nº 3.033, de 27 de dezembro de 2016, aprovou o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios do Espírito Santo.

No período de 2016 a 2018, ocorreu a elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 e o início do processo de elaboração do Planejamento e Programação Regional, utilizando o percurso metodológico do Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), incluindo o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), que são partes constitutivas do PES 2016/2019. O projeto de planejamento e programação regional se iniciou em 2015, e as propostas,

representadas por objetivos, metas e ações, foram apresentadas e discutidas nas regiões em oficinas temáticas. Nesse momento, foram agregadas novas contribuições. Ao fim, a PPI, primeira iniciativa estadual para elaboração da PPI, ocorreu em 2000, realizada pela SESA, sem a participação dos municípios.

Em 2017 ocorreu a elaboração do Plano Diretor das Redes Hospitalares (PDRH), envolvendo a SESA, COSEMS-ES e MS/PROADI/HCor/LIGRESS. Também em 2017 foi promulgada a Lei Estadual 10.733, de 19 de setembro de 2017, e a trajetória de estruturação da Rede Cuidar (que está disponível no site redecuidar.es.gov.br).

No mesmo ano de 2017, a SESA, por meio da Portaria nº 312-S, de 25 de agosto de 2017, publicou a recomposição do Grupo Condutor da RCPD. As resoluções a seguir elencadas tratam da aprovação dos Planos no âmbito regional, com destaque para a Resolução CIB nº 189/2017, que aprovou o Plano de Ação da RCPD do estado do Espírito Santo.

Em 2018, a Resolução CIB-ES nº 159/2018 aprovou a contextualização da regionalização do SUS-ES e da implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde, bem como o plano de ação/cronograma. Neste mesmo ano, a CIB-SUS-ES constituiu um grupo de trabalho tripartite para a elaboração de um documento e cronograma do processo de planejamento regional e a elaboração dos Planos Regionais Integrados, bem como o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização das Macrorregiões de Saúde.

No período de 2016 a 2018 foi estabelecido o Modelo de Organização da Atenção à Saúde no Espírito Santo, denominado Rede Cuidar, sustentado nos princípios do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), sob assessoria do CONASS. Decorridos seis anos desde sua elaboração no final de 2011, a programação assistencial no Espírito Santo se manteve dinâmica para acompanhar o dinamismo dos fluxos assistenciais da população, estes estabelecidos na PPI intra e inter-regionais.

Com o Decreto Federal nº 7508/2011, suas consequentes regulamentações instituíram a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) para fazer face às necessidades da população. O desenvolvimento da PGASS teve início em 2016 por meio de um processo de sensibilização e alinhamento conceitual de sua proposta inovadora, oficinas temáticas e elaboração do Mapas de Investimentos Regionais, sendo realizadas as pactuações em todas as quatro regiões de saúde para a consolidação e harmonização das Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (DOMI) do PES com o contexto regional, para ser apreciada e aprovada pelas CIR.

A análise da situação de saúde da macrorregião de saúde apresenta importante pluralidade em sua especificidade regional e revela um conjunto de desafios que, devido ao seu impacto sobre o perfil de morbimortalidade, precisam ser enfrentados com prioridade. As ações já realizadas com algum sucesso devem ser mantidas para evitar recrudescimento ou ressurgimento de problemas que estão sob controle. Apesar dos avanços evidentes na organização do SUS na macrorregião, é necessário investir ainda mais para ampliar a qualidade e atender a uma população em permanente processo de mudança, seja em seu perfil demográfico, bem como no perfil epidemiológico.

A atual política de regionalização da saúde do estado do Espírito Santo tem como principais objetivos: orientar o processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais; garantir o acesso, a resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde; assegurar a integralidade da atenção à saúde em todos os níveis; avançar na equidade da política de saúde; reduzir as desigualdades regionais existentes; racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos na região (PDR-ES, 2020).

A partir da necessidade de revisão do PDR de 2011, em dezembro de 2020, a Resolução de CIB nº 153 aprovou os limites regionais, instituindo, no Território do Estado do Espírito Santo, 03 (três) Regiões de Saúde: região Central/Norte, Metropolitana e Sul.

A Região Central/Norte integra os 14 (quatorze) municípios da Região de Saúde Norte aos municípios que compõe a Região de Saúde Central, constituindo assim uma única região de saúde. Onde a Região Norte tinha em sua composição 14 municípios e, após unificação a partir da reordenação do plano, incorporou mais 15 (quinze) municípios, os quais compõem a Região de Saúde Central, totalizando, hoje, 29 (vinte e nove) municípios.

A Região Metropolitana passou a incorporar 03 novos municípios, totalizando 23 (vinte e três), sendo eles: Aracruz, João Neiva, Ibraçu, Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória e por fim, a Região Sul, composta por 26 (vinte e seis) municípios.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os instrumentos de gestão e planejamento elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde da região metropolitana do Espírito Santo, no quadriênio 2018-2021, considerando a elaboração, encaminhamento e apreciação pelos conselhos de saúde, bem como o preenchimento dos itens conforme estrutura mínima prevista em lei.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Levantar as situações dos instrumentos de planejamento (Planos Municipais de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão das Secretarias Municipais de Saúde) da região metropolitana do Espírito Santo publicados no quadriênio 2018-2021, quanto à sua elaboração, encaminhamento e apreciação nos respectivos conselhos de saúde;
- b) Verificar o preenchimento dos itens dos instrumentos de gestão e planejamento do SUS elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde da região metropolitana Estado do Espírito Santo de acordo com a estrutura mínima definida por lei; e
- c) Identificar inconsistências e não conformidades descritas nos itens dos documentos analisados.

4 MÉTODOS

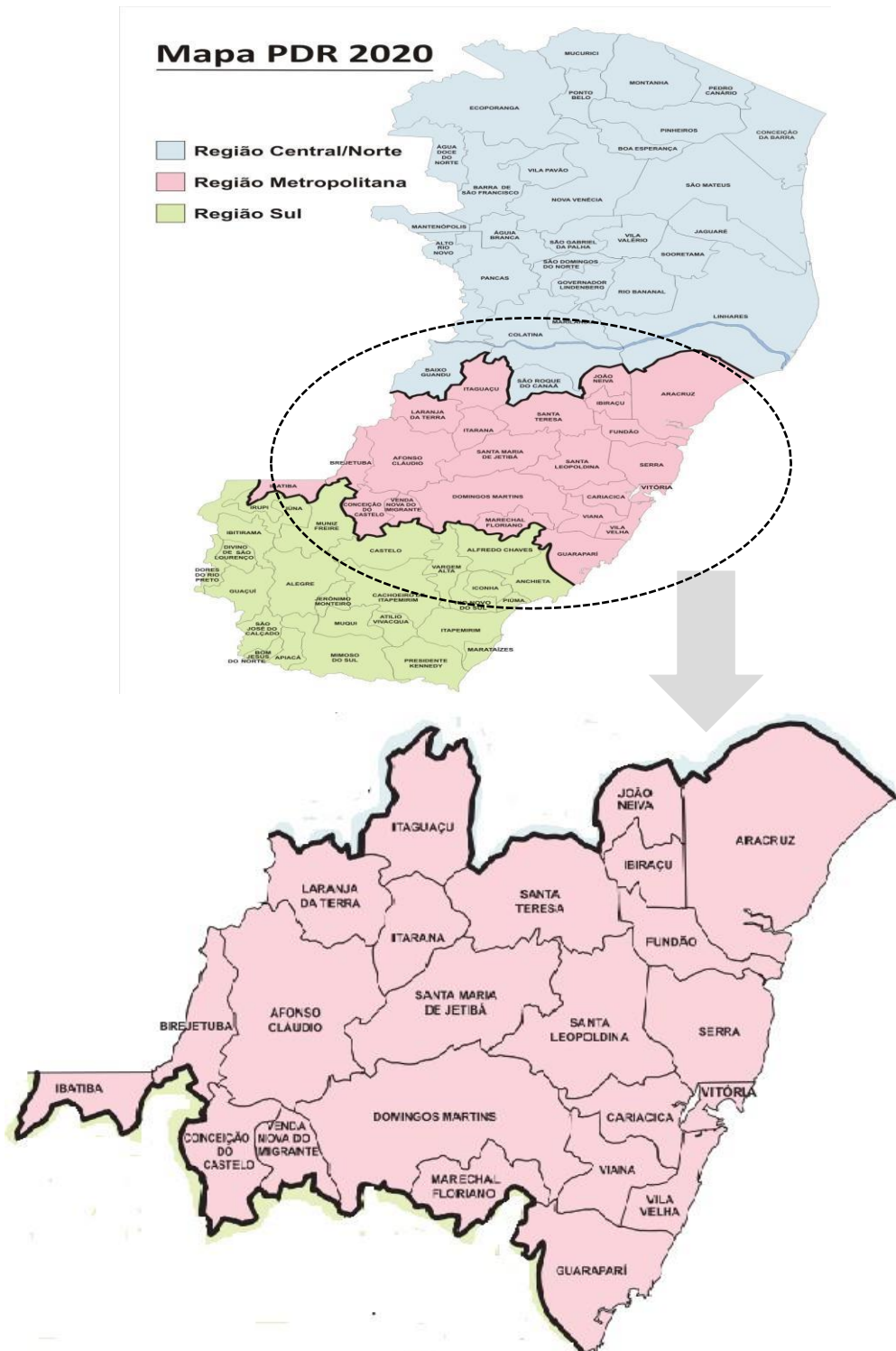
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem quantitativa, utilizando dados do sistema eletrônico de domínio público Laboratório de Inteligência Artificial em Saúde (LIAs: <<https://lisaude.com.br/paineldgmp>>) e no Sistema DigiSUS Gestor, no Módulo Planejamento. Este tipo de pesquisa utiliza de técnicas de apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos, podendo ser desenvolvida a partir de várias fontes, com o propósito de obter informações neles contidos, a fim de compreender um fenômeno, ou seja, é um procedimento que utiliza de métodos e técnicas de captação, compreensão e análise de um universo de documentos e bancos de dados. A finalidade da análise dos documentos é a consolidação de informações que permitam examinar, reunir e consultar conteúdo e seus diferentes bancos de dados (Bardin, 1977).

4.2 CENÁRIO

O cenário deste estudo é o estado do Espírito Santo, localizado na região sudeste do Brasil. Possui 46.095 km² de área, cerca de 3.833.486 habitantes (IBGE, 2022), e 78 (setenta e oito) municípios, sendo estes divididos em regiões de saúde. Até 2020, o estado era dividido em 04 (quatro) macrorregiões de saúde (Norte, Sul, Centro Norte e Metropolitana), conforme o Plano Diretor de Regionalização PDR/2011. Porém, em dezembro de 2020 ocorreu uma nova divisão por meio da publicação do novo Plano Diretor PDR-ES/2020, através da Resolução de CIB nº 153, aprovando novos limites regionais, instituindo, no Território do Estado do Espírito Santo, 3 Regiões de Saúde: Região Central/Norte, com a unificação dos 14 municípios da Região Norte e os 15 municípios da Região de Saúde Central, totalizando 29 municípios e uma população total de 971.605; Região Sul, com 26 municípios e uma população total de 682.396; e Região Metropolitana, com 23 municípios e uma população total de 2.410.051. O foco desse trabalho é a região metropolitana, representada em rosa na Figura 1.

Figura 1 – Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo.



Fonte: SESA/2020.

Os municípios que compõem a região metropolitana são: Afonso Claudio, Aracruz, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Ibraçu, Itaguaçu, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, e Vitória. Ressalta-se que, os municípios de Aracruz, João Neiva e Ibraçu, foram incorporados a região metropolitana de saúde em 2020, através novo Plano Diretor de Regionalização de 2020.

4.3 AMOSTRA

Instrumentos de gestão e planejamento dos municípios da região metropolitana do Estado do Espírito Santo no período de 2018 a 2021, publicizados no portal LIAs e no Sistema de Informação DigiSUS Gestor, Módulo Planejamento, através do site <https://digisusgmp.saude.gov.br>.

Foram incluídos os planos municipais de saúde do quadriênio 2018-2021, e a programação e relatório anual de cada município. Portanto, considerando municípios, a amostra foi composta de 23 (vinte e três) planos, 92 (noventa e duas) programações e 92 relatórios, totalizando 207 (duzentos e sete) documentos.

4.4 PROTOCOLO

O levantamento das situações dos instrumentos de planejamento (Planos Municipais de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão das Secretarias Municipais de Saúde) da região metropolitana do Espírito Santo do quadriênio 2018-2021, quanto à sua elaboração, encaminhamento e apreciação nos respectivos conselhos de saúde, foi realizado por meio de consulta ao portal LIAs, no endereço eletrônico: <<https://liasauade.com.br/paineldgmp>>, selecionando o campo “regiões de saúde”, “estado Espírito Santo” e, nos filtros macrorregião de saúde, foi selecionado “metropolitana” e, no campo “região administrativa”, foi selecionado “tudo”.

Para acessar o status dos planos municipais clicou-se em “planos de saúde”, selecionando em ano/período o quadriênio 2018-2021. Para o status da Programação e relatório anual, foi selecionado a aba “Programação Anual de Saúde”, e “Relatório Anual de Gestão”, selecionando em ano/período 2018, 2019, 2020 e 2021, um de cada vez. Os dados são disponibilizados em três formatos: mapa, gráfico ou tabela. Para extração dos dados para este trabalho optou-se pela visualização em tabela.

Para a consulta e análise do preenchimento utilizou-se o sistema DIGISUS Gestor, no Módulo Planejamento, acessado no endereço eletrônico: <<https://digisusgmp.saude.gov.br/>>. O acesso ao sistema foi liberado e autorizado através de uma carta de anuência assinada pelo Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS-ES) (APÊNDICE A).

No sistema foi selecionada a esfera municipal, tipo de perfil técnico, estado do Espírito Santo e o município, selecionando o quadriênio do Plano Municipal de saúde, anualização das metas da Programação Anual de Saúde, Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão.

Esse sistema incorporou as funcionalidades SARGSUS para a elaboração e envio dos relatórios de gestão a partir do ano de 2018, além de outras funcionalidades de apoio ao planejamento em saúde, conforme Nota Técnica nº 1/2018-CGAIG/DAI/SE/MS em atendimento à Resolução CIT nº 6, de 6 de novembro de 2013, que dispõe sobre as regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação em saúde ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes no âmbito do SUS e que envolvam a sua utilização pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

Foram analisados os Planos Municipais de Saúde do quadriênio 2018-2021, as respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios de Gestão dos anos correspondentes (2018, 2019, 2020 e 2021).

Para análise dos Planos Municipais de Saúde (PMS) foi avaliada a estrutura mínima, composta por 15 itens: ano da Conferência de Saúde; período de vigência; Identificação da gestão municipal; ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de

Saúde (PS); estrutura do sistema de saúde; Redes de Atenção à Saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e processo de monitoramento e avaliação.

No PS devem estar contidas todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão, devendo esse compreender dois momentos: o da análise situacional e o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos. A análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas têm por base os seguintes eixos: condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde, e gestão em saúde.

A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS. Portanto, os itens que devem compor a PAS e que foram analisados nesta pesquisa foram: período de vigência; identificação (esfera correspondente); ato do Conselho de Saúde que avalia o PAS; diretrizes, objetivos, indicadores e metas do PMS atualizadas/revisadas; ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do OS; e previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. Além destes, no período de 2020 e 2021 foram analisados também os campos que se referem as ações e recursos destinados à COVID-19.

O RAG é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PPS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas. O RAG deve ser elaborado na conformidade da programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no PS. Em termos de estrutura, o relatório deve conter: o resultado da apuração dos indicadores; a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); e as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação etc.). Esse relatório é também instrumento das ações

de auditoria e de controle. O RAG deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente. Nesta pesquisa, os itens analisados no RAG, foram: dados de identificação – aprovação da Casa Legislativa; introdução - considerações iniciais; análise e considerações do gestor sobre dados demográficos; análise e considerações sobre Morbidade; análise e considerações sobre mortalidade; análise e considerações do gestor sobre prestadores de serviços ao SUS; análise e considerações dos profissionais do SUS; PAS e Pactuação da Saúde; análise da execução orçamentária; análise sobre a utilização dos recursos; análise sobre os indicadores financeiros; análise sobre demonstrativo orçamentário; análise de auditoria, quando houver; % mínimo constitucional aplicado; considerações gerais e do CMS; recomendações para a próxima PAS e/ou redirecionamentos para o PS; e considerações do Conselho.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi quantitativa e realizada mediante acesso as informações constantes no universo deste estudo, ou seja, os instrumentos de gestão, elaborados e publicizados pelos municípios do estado nos sistemas de domínio público.

A análise quantitativa foi realizada em duas etapas. A primeira variável quantitativa estudada foi o *status* da alimentação dos instrumentos de gestão (PMS, PAS e RAG) no Portal LIAs, analisada através da frequência absoluta e relativa do *status* de cada documento (aprovado, aprovado com ressalva, em análise pelo CMS, em elaboração e não iniciado).

A segunda análise quantitativa envolveu a completude do preenchimento dos itens que compõem cada instrumento de gestão. Para isso, foram acessados os instrumentos de gestão de cada município do quadriênio estudado através do sistema DigiSUS Gestor no Módulo Planejamento, verificando o número e o percentual de preenchimento, bem como inconsistências e não conformidades descritas em cada item dos instrumentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O monitoramento dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, publicados pelo Portal LIAs, demonstram que, dos 23 municípios que compõem a região metropolitana, todos estão com os PMS aprovados e publicizados no sistema. Quase a totalidade das programações anuais de saúde também foram apresentadas e aprovadas no período, sendo que, apenas 01 (um) município não iniciou a programação em nenhum ano e, 01 de 2018 e 02 (dois) de 2019 encontram-se em análise pelo CMS.

Já nos RAG observou-se que, dos 92 documentos, apenas 62 (sessenta e dois), equivalentes a 67,4%, foram aprovados, sendo o ano 2018 o com menor aprovação (60,86%) seguido do ano de 2021 (73,9%). Dos 30 (trinta) que ainda não foram aprovados, a maioria (n=12) ainda está em fase de elaboração, e 08 (oito) sequer foram iniciados contrariando o 36 § 1º, que traz a obrigatoriedade do envio do RAG ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira. Esse panorama reflete um esforço dos municípios para que seus instrumentos estejam publicizados e aprovados conforme a legislação, embora haja relatórios não iniciados. O status de todos os instrumentos encontra-se detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 - Status dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde no quadriênio 2018-2021.

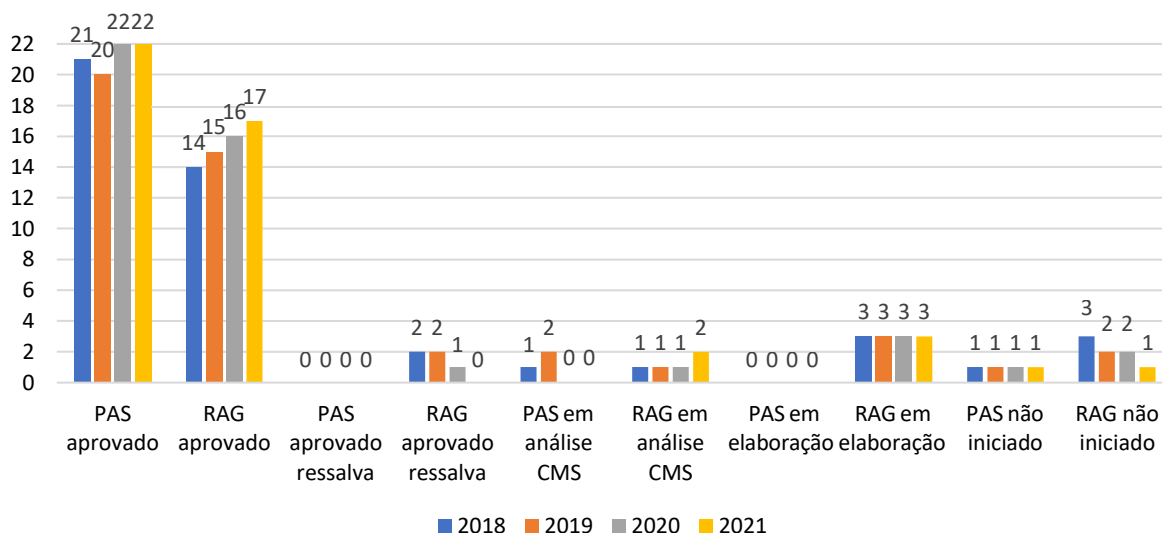
Instrumentos	aprovado	aprovado em análise ressalva	em análise pelo CMS	em elaboração	não iniciado
Plano Municipal de Saúde 2018-2021	23 (100%)	-	-	-	-
Programação Anual de Saúde no quadriênio (n=92)	85 (92,4%)	-	3 (3,2%)	-	4 (4,3%)
2018	21 (91,3%)	-	1 (4,3%)	-	1 (4,3%)
2019	20 (87%)	-	2 (8,7%)	-	1 (4,3%)
2020	22 (95,7%)	-	-	-	1 (4,3%)
2021	22 (95,7%)	-	-	-	1 (4,3%)
Relatório Anual de Gestão no quadriênio (n=92)	62 (67,4%)	5 (5,4%)	5 (5,4%)	12 (13%)	8 (8,7%)
2018	14 (60,9%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)	3 (13%)	3 (13%)
2019	15 (65,2%)	2 (8,7%)	1 (4,3%)	3 (13%)	2 (8,7%)
2020	16 (69,6%)	1 (4,3%)	1 (4,3%)	3 (13%)	2 (8,7%)
2021	17 (73,9%)	-	2 (8,7%)	3 (13%)	1 (4,3%)

CMS: Conselho Municipal em Saúde.

Elaborado pelos autores.

Fonte: Portal LIAs. Disponível em: <<https://liasauade.com.br/paineldgmp>>.

Figura 2 - Situação dos planos de saúde dos municípios estudados no período de 2018 a 2021.



No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio de boletim informativo, vem apurando mensalmente o status da situação dos instrumentos de planejamento em âmbito nacional. Na análise de proporção de municípios com plano de saúde aprovado por estado, evidencia-se uma média nacional de 90,34% de planos aprovados. Sendo que o estado do Espírito Santo (ES) aparece em segundo lugar no ranking nacional, com 98,72%, perdendo apenas para o estado de Roraima, que apresenta 100% de aprovação do plano (Brasil, 2022).

No Espírito Santo, a análise da proporção de municípios com a PAS aprovada frente a média nacional, em 2018, foi de 81,2% e o ES aparece na 14ª posição no ranking nacional, com 79,49%. Com relação a proporção de municípios com a PAS 2019 aprovada, a média nacional é de 79,13, o ES ocupa a 12ª posição, com 82,05%. Em 2020 a média nacional foi de 74,62%, e o ES aparece na 4ª posição, com 85,9% perdendo apenas para os estados do Rio Grande do Sul (93,56%), de Roraima (86,67%) e do Paraná (85,96%). A apuração de 2021 evidencia a média nacional de 64,94%, onde o ES ocupa 3ª posição do ranking nacional, com 78,21%, perdendo apenas para o Rio Grande do Sul (87,53%) e para Roraima (80%) (Brasil, 2022).

Tabela 2 - Status dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde no quadriênio 2018-2021.

Instrumentos aprovados	Macrorregião de Saúde		
	Metropolitana	Central Norte	Sul
Plano Municipal de Saúde 2018-2021	100%	100%	96,20%
Programação Anual de Saúde no quadriênio			
2018	91,30%	69%	96,20%
2019	91,30%	75,90%	69,20%
2020	95,70%	82,80%	84,60%
2021	95,70%	86,20%	88,50%
Relatório Anual de Gestão no quadriênio			
2018	65,20%	62,10%	76,90%
2019	65,20%	75,90%	69,20%
2020	69,60%	55,20%	73,10%
2021	78,30%	82,80%	76,90%

Fonte: Portal LIAs. Disponível em: <<https://liasau.de.com.br/paineldgmp>>.

Quanto a análise da proporção de municípios do Espírito Santo com o PMS, PAS e RAG aprovados, segundo macrorregião de saúde, as macrorregiões metropolitana e central/norte apresentam 100% de aprovação do PMS, enquanto a macrorregião sul 96,20% (tabela 2). Observa-se que a região sul apresentou maior percentual de aprovação da PAS 2018 e a região metropolitana destaca-se com maior percentual de aprovação da PAS 2019, 2020, 2021. No RAG 2018 e 2020 a região sul teve o maior percentual de aprovação e, em 2019 e 2021 o maior percentual foi registrado na central norte (Portal LIAs, 2023).

De acordo com o Ministério da Saúde e a OPAS (2009), o ciclo de planejamento do SUS inicia-se no âmbito local, ascendente e integrado, até o nível federal, orientado por problemas e necessidades de saúde em cada região de saúde e com transparência e visibilidade, mediante incentivo de participação da comunidade. O planejamento regional integrado deverá ser elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos PMS e pactuado, monitorado e avaliado pelas CIR (Brasil, 2009).

Conforme a Portaria de Consolidação nº 1, de 28/09/2017, o Plano de Saúde é o instrumento central do planejamento para a definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de

quatro anos, explicitando os compromissos do governo para o setor saúde, refletindo, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Sendo assim, o Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade.

Portanto, a elaboração e monitoramento do plano, bem como os conteúdos descritos e completude no preenchimento é de suma importância, pois este documento norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde, guardando relação importante com outros instrumentos de gestão tais como PPA, LDO, LOA, PAS e RAG.

Ao analisar o preenchimento dos itens dos PMS dos 23 municípios, os itens menos preenchidos pelos municípios foram: ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; fluxos de acesso; gestão do trabalho e da educação na saúde; e recursos financeiros, com 9%, 35%, 48% e 52% respectivamente.

A Tabela 3, a seguir, apresenta a completude do preenchimento dos itens encontrados nos 23 PMS avaliados.

Tabela 3 - Frequência relativa e absoluta dos itens encontrados nos Planos Municipais de Saúde avaliados.

Itens do Plano Municipal de Saúde	n = 23	%
Ano da Conferência de saúde que antecedeu ao Plano	22	98
Período de vigência	23	100
Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde;	23	100
Resolução em anexo	23	100
Dados de identificação da gestão municipal	22	96
Estrutura do sistema de saúde;	19	83
Redes de atenção à saúde;	19	83
Condições socio sanitárias;	20	87
Fluxos de acesso*;	8	35
Recursos financeiros*;	12	52
Gestão do trabalho e da educação na saúde*;	11	48
Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde*;	2	9
Gestão;	15	65
Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores;	23	100
O processo de monitoramento e avaliação.	16	70

*itens de maior incompletude ou preenchidos inadequadamente.

Elaborado pelos autores.

Observa-se que o registro do ano da conferência em saúde estava presente em 98% dos planos, ou seja, 22 (vinte e dois) municípios. A Lei 8.142, de 28/12/1990, em seu § 1º diz que a Conferência de Saúde deve reunir-se a cada 04 (quatro) anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (Brasil, 1990b).

O objetivo é de produzir avaliações sobre a situação de saúde da população e definir diretrizes que irão orientar a formulação das políticas e programas de saúde conforme a necessidade da população. No âmbito municipal, estas precedem as estaduais que, por sua vez, precedem as nacionais, e sua composição abrange os diversos segmentos sociais do setor saúde. Todos os municípios informaram o período de vigência, Ato do Conselho que avalia a o PMS e anexaram a Resolução, o que demonstra a organização do órgão colegiado, permanente e deliberativa no âmbito da estrutura organizacional do Poder Executivo, e a sua composição nos 23 municípios analisados.

Dos 23 municípios, apenas 01 não apresentou os dados de identificação da gestão municipal no sistema, e 03 não fizeram a identificação no documento físico anexado no sistema, sendo que isto /este é obrigatório. O registro das informações é onde a gestão deve inserir, no sistema, os arquivos correspondentes na íntegra e onde estes podem ser acessados, no histórico de ações. “O preenchimento das informações do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde é pré-requisito para que sejam disponibilizados os componentes dos Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão” (Brasil, 2021b, p. 21).

Apesar de 100% (n=23) dos municípios apresentarem a Ata do CMS com a sua aprovação, percebe-se a necessidade de qualificar e instrumentar o controle social nos municípios, pois o Conselho de Saúde é um órgão fiscalizador paritário, que atua na formulação de estratégias, no controle e na execução das políticas e de recursos orçamentários, tendo poder para contestar e questionar a prestação de contas e das políticas de saúde. Contudo, em muitos casos, seu papel no controle social apresenta-

se incipiente, limitando-se apenas como órgão de aprovação dos instrumentos, sem participação nas tomadas de decisões e nos arranjos operacionais do sistema (Brasil, 1990b; Araújo, 2010; Kleba; Comerlato; Frozza, 2015).

O PMS tem sido referido nas Atas dos conselhos de saúde apenas em sua aprovação e deliberação, sem menção de instrumentalizar o monitoramento e a avaliação das políticas discutidas e aprovadas no PMS (Kleba; Comerlato; Frozza, 2015). Deste modo, os conselhos de saúde, que são importantes espaços de democracia representativa, acabam se constituindo apenas por instâncias de aprovação de documentos e seguem pautas manejadas por gestores que, muitas vezes, são presidentes do CMS (Finkler; Ribeiro, 2014).

A Resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde dispõe, entre outras questões, sobre a obrigatoriedade da paridade dos conselhos e, quanto à sua coordenação, coloca que o Presidente deve ser “[...] eleito entre os membros do conselho”, não havendo, portanto, impedimento da figura do gestor de coordenar o CMS (Brasil, 2003). Evidencia-se, nesses casos, um conflito de cargos/interesses, pois na maioria das vezes o próprio gestor fiscaliza e delibera sobre sua própria gestão.

Informações acerca da estrutura do sistema de saúde estavam presentes em 19 (dezenove) planos (83%), demonstrando a capacidade instalada (própria e complementar), evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais; oferta e cobertura de ações e serviços mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados.

A maioria dos municípios apresentaram as redes de atenção à saúde (83%), contemplando indicadores que permitem evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde e a implementação de redes prioritárias para o sistema, tais como: rede materno-infantil, rede de atenção às urgências, rede de atenção psicossocial, além de outras que sejam apontadas como prioridade sanitária. A Portaria 4.279/2010 define a Atenção Primária à Saúde (APS) estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe

multidisciplinar, que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (Brasil, 2010a).

Considerações referentes às condições socio sanitárias estavam presentes em 20 (vinte) planos (87%) e foram evidenciadas por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados socioeconômicos e demográficos, bem como informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais em maior vulnerabilidade. Além disso, foram apresentadas informações relativas aos determinantes sociais da saúde e ao Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

É importante considerar o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, características de países subdesenvolvidos. Como consequência deste perfil, há problemas de saúde reprodutiva, com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito. Isso traz a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, às condições agudas (CONASS, 2008).

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança. A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (Brasil, 2010).

Apenas 8 municípios (35%) descreveram os fluxos de acesso e assistenciais, e não foi localizada a jornada terapêutica e a distância percorrida pelos usuários e/ou

mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos. Importante destacar que o acesso é um fundamento da RAS, sendo necessário estabelecer políticas para a ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado, devendo serem estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários (Brasil, 2010).

O acesso aos serviços de saúde e sua utilização refletem as diferentes formas de desigualdades sociais e de seus impactos na saúde. As desigualdades ocorrem em diferentes níveis, podendo ser macroestruturais, abrangendo a sociedade como um todo, ou microestruturas, estando relacionadas, por exemplo, à organização, ao funcionamento dos serviços de saúde e às condições de acesso econômico, geográfico, funcional e cultural. Campos e Carvalho (2000), em estudo referente aos fluxos de acesso para a utilização de serviços de saúde por parturientes, no município do Rio de Janeiro, destacam a desigualdade na distribuição geográfica. As autoras concluem que os fluxos de gestantes se direcionam a regiões mais ricas da cidade, pois são os locais onde se encontram as melhores e maiores ofertas de serviços de saúde.

Conceituam-se os fluxos de utilização dos serviços de saúde pelos usuários como a busca por uma ação terapêutica e/ou a trajetória percorrida por eles em busca do atendimento, estando este fluxo vinculado a todos os esforços realizados para alcançar a resolutividade (Campos; Carvalho, 2000).

Alguns pressupostos apresentados por Helman (2003) tornam-se relevantes na discussão da ação terapêutica. O autor evidencia a diversidade de ações terapêuticas que podem ser acessadas pelos indivíduos, escolhidas de acordo com suas necessidades, disponibilidades, condições socioeconômicas e culturais. Quando um usuário busca um serviço de saúde, o fluxo passa a envolver também os diferentes níveis de atenção em saúde, incluindo a atenção básica, média e alta complexidade,

uma vez que a referência e a contrarreferência também influenciam a trajetória do usuário.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso abrange todo contato direto, como consultas médicas e hospitalizações, ou indireto, como a realização de exames preventivos e diagnósticos, com os serviços de saúde. O processo de “utilização dos serviços de saúde resulta da interação entre o comportamento do indivíduo que busca cuidados e o profissional que o orienta dentro do sistema de saúde” (Travassos; Martins, 2004, p. 190).

Desta forma, Franco e Campos (1998, p. 353) relatam que, em nosso país,

a constatação da insuficiência na oferta dos serviços de saúde para a população, verificada principalmente em regiões mais pobres, juntamente com o descompasso entre o aumento das necessidades, da oferta e dos investimentos, remete necessariamente à discussão sobre equidade e acessibilidade.

Já Donabedian (2004) delimita o escopo do seu conceito de acessibilidade ao excluir deste as etapas de análise situacional ou percepção de problemas de saúde (necessidades) e o processo de planejamento para a tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos. Por outro lado, avança na abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois, para ele, a acessibilidade indica também o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Ou seja, a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com a abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

Um pouco mais da metade (52%) dos municípios identificaram os recursos de investimentos e custeio para o financiamento do sistema. Dessa porcentagem, 11 (onze) municípios não descreveram os recursos e 01 (um) apresenta o histórico das receitas, 02 (dois) descrevem apenas os dados referente a competência de 2016 e 01 (um) coloca quadro de metas nesse campo.

Conforme o Ministério da Saúde, o financiamento deverá analisar as transferências entre as esferas de gestão, gasto público total, execução orçamentária e financeira, fundo de saúde e critérios e regulamentação do financiamento (Brasil, 2010b). A Lei Complementar 141/2012, em seu Art. 30, define que os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

O campo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde estava preenchido em 11 (onze) dos municípios (48%), demonstrando a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços. No entanto, não foram localizadas informações sobre as condições de trabalho, incluindo a jornada média de trabalho, a jornada média de trabalho de acordo com a quantidade de vínculos, o número médio e o tipo de vínculos de trabalho, bem como indicadores de saúde do trabalhador. Além disso, não foram fornecidos dados sobre formação e qualificação profissional e características dos centros formadores.

A Gestão do Trabalho em Saúde deve analisar a composição da equipe de saúde, os tipos de vínculos, os mecanismos de negociação com os profissionais de saúde e os planos de cargos e salários.

“No campo da Educação em Saúde, é necessário analisar os processos de educação em saúde e identificar os mecanismos de cooperação técnica e de articulação com instituições de ensino, serviços e participação social” (Brasil, 2009, p. 61).

A gestão do trabalho e da educação sempre foi um desafio para o SUS, e é imprescindível dar mais atenção aos seus "cuidadores". Essa dificuldade existe há algum tempo, quando a estruturação da rede, a organização dos serviços e o financiamento já eram as principais preocupações dos gestores de saúde. Entre os problemas observados nessa área, está a precarização do trabalho, que resulta, entre outros aspectos, de dificuldades nas condições de trabalho e na instabilidade de vínculos dos profissionais (Brasil, 2009). É fundamental identificar os principais problemas decorrentes da precarização do trabalho, como a falta de mecanismos de valorização dos trabalhadores e questões relacionadas à humanização das relações de trabalho (Brasil, 2009).

Para abordar a educação e a formação dos recursos humanos é necessário estabelecer ações estruturantes. O marco teórico dessas ações inclui a Política Nacional de Educação Permanente, voltada principalmente para os trabalhadores do SUS, sendo articulada com o processo de trabalho desses profissionais. Essa política busca integrar o ensino e o serviço e promover mudanças tanto na formação quanto nas práticas de saúde. Sua importância está na garantia de um repasse regular de recursos do governo federal para estados e municípios, destinados a ações de educação permanente (Brasil, 2009).

Apenas 02 municípios (9%) abordaram o campo da ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde. No entanto, não foi possível localizar informações sobre a distribuição de instituições, suas capacidades e especialidades técnicas, tanto públicas quanto privadas, voltadas para pesquisa, produção e inovação em saúde. O artigo 200, inciso V, da Constituição Federal, estabelece as competências do SUS, incluindo o fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), aprovada durante a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde em

julho de 2004, é um instrumento orientador de todas as ações realizadas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e faz parte integrante da Política Nacional de Saúde. Seu principal objetivo é contribuir para que o desenvolvimento nacional ocorra de maneira sustentável, estimulando a produção de novos conhecimentos voltados para as necessidades do SUS. A PNCTIS tem como principais estratégias: fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde; criação do sistema nacional de inovação; construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde; redução das desigualdades regionais; melhoria da capacidade regulatória do Estado; criação da rede nacional de avaliação tecnológica; disseminação dos avanços científicos e tecnológicos; formação e capacitação de recursos humanos; e fortalecimento do controle social (Brasil, 2008).

No entanto, é importante destacar que o desafio não deve se limitar às necessidades operacionais imediatas dos gestores do SUS. Se a pauta da pesquisa em saúde é ampla, os gestores do SUS também devem abraçar essa pauta, especialmente em um momento em que em todo o mundo se observa uma proximidade temporal e espacial entre os resultados de pesquisa e a solução de problemas de saúde.

Isso requer uma maior colaboração dos órgãos gestores do SUS, responsáveis por aproximadamente 1/3 do mercado de medicamentos, 90% do mercado de vacinas, 50% do mercado de equipamentos de saúde e por 100% dos serviços de saúde prestados a todos os brasileiros, conforme estabelecido por mandato constitucional (Guimarães *et al.*, 2019). Portanto, é essencial que esses órgãos participem ativamente na formulação e no fomento à pesquisa em saúde no país.

A Gestão de evidência foi apresentada por 15 municípios (65%), com indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social. Esse eixo deve concentrar medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão em saúde. Nessa análise, é importante compreender o planejamento regional integrado, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação em saúde, a infraestrutura e a informação em saúde.

Todos os municípios descreveram nos planos as diretrizes, objetivos, metas e indicadores, o que demonstra a realização de uma análise situacional que inclui a identificação e definição das diretrizes e prioridades em saúde que compõem o Plano de Saúde, bem como todos os demais instrumentos de planejamento. Essas diretrizes são estabelecidas para atender às necessidades de saúde da população, que foram identificadas durante a análise situacional. Portanto, elas estão diretamente relacionadas aos temas que nortearam a construção dessa análise. Nessa etapa são levadas em consideração as condições de saúde da população e são explicitados os compromissos e responsabilidades exclusivos do setor de saúde, que são expressos por meio das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, levando em conta também os determinantes e condicionantes.

As diretrizes representam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias, devendo ser definidas de acordo com as características epidemiológicas, a organização dos serviços de saúde, o sistema de saúde e os marcos da Política de Saúde. Os objetivos devem expressar os resultados desejados, refletindo as situações que serão modificadas pela implementação de estratégias e ações. Eles se referem à declaração do que se pretende alcançar ao final de um período determinado e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas para uma formulação coordenada (Brasil, 2016).

As metas representam a medida de alcance dos objetivos. Um mesmo objetivo pode ter mais de uma meta, dependendo da relevância das metas para o seu alcance. Recomenda-se também estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados. Já os indicadores e o conjunto de parâmetros permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de maneira simples, a evolução de um aspecto específico da intervenção proposta. Eles devem ser passíveis de medição periódica, possibilitando a avaliação da eficácia da intervenção (Brasil, 2016).

Por fim, 16 (dezesesseis) municípios (70%) apresentaram a descrição do processo de monitoramento e avaliação em seus planos. Isso visa obter informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, solucionar problemas e ajustar a

trajetória, verificando se as ações propostas estão sendo realizadas e se os efeitos da intervenção estão sendo alcançados.

A elaboração do PSM é caracterizada por um modelo normativo, seguindo as diretrizes estabelecidas nos documentos orientadores. É importante ressaltar que, de acordo com o parágrafo III do art. 4º da Lei nº 8.142/90, os municípios precisam contar com um PMS para receber recursos (Brasil, 1990b). Isso sugere que a maioria dos municípios da região metropolitana do Espírito Santo adota uma abordagem normativa na elaboração do PMS, cumprindo a lei e visando a captação de recursos. A abordagem normativa, em detrimento das abordagens estratégica e comunicativa, implica em ações em que os agentes não prestam contas publicamente de suas intenções e métodos de trabalho, não considerando as possíveis consequências de suas ações (Carvalho, 2014).

As principais inconsistências encontradas na estrutura dos Planos Municipais de Saúde foram que os documentos anexados do PMS diferem da alimentação eletrônica no Sistema DigiSUS, como por exemplo, vigência de dados pertencentes a anos anteriores ao plano, ano da conferência errado, ausência de dados de identificação da gestão, e dados mínimos para a composição do PMS, como ausência de informações de fluxos, redes, recursos, gestão, monitoramento.

Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo que, ao analisar o PMS de 33 (trinta e três) municípios mineiros, verificou diversos problemas em sua estrutura, destacando-se a análise situacional com dados defasados em mais de 10 (dez) anos, a presença de metas não quantificadas, a ausência de conexão com outros instrumentos de governo, de modo que apenas 03 seguiram os critérios estabelecidos para sua elaboração (Barbosa *et al.*, 2017). Outros autores também encontraram inconsistências entre os problemas elencados na análise situacional, nas diretrizes e nos objetivos do PMS (Galindo; Gurgel, 2016).

Por consequência, a construção do PMS, embasada na racionalidade normativa, com participação social deficiente e sem considerar seu objetivo principal, que é a planificação das políticas em saúde dos municípios, exerce forte influência na

elaboração e na compreensão da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão por parte dos gestores e dos conselhos de saúde.

A Tabela 4 apresenta a análise quantitativa dos itens preenchidos na Programa anual de saúde por ano.

Tabela 4 - Frequência relativa e absoluta dos itens preenchidos na Programação anual de Saúde no período de 2018 a 2021.

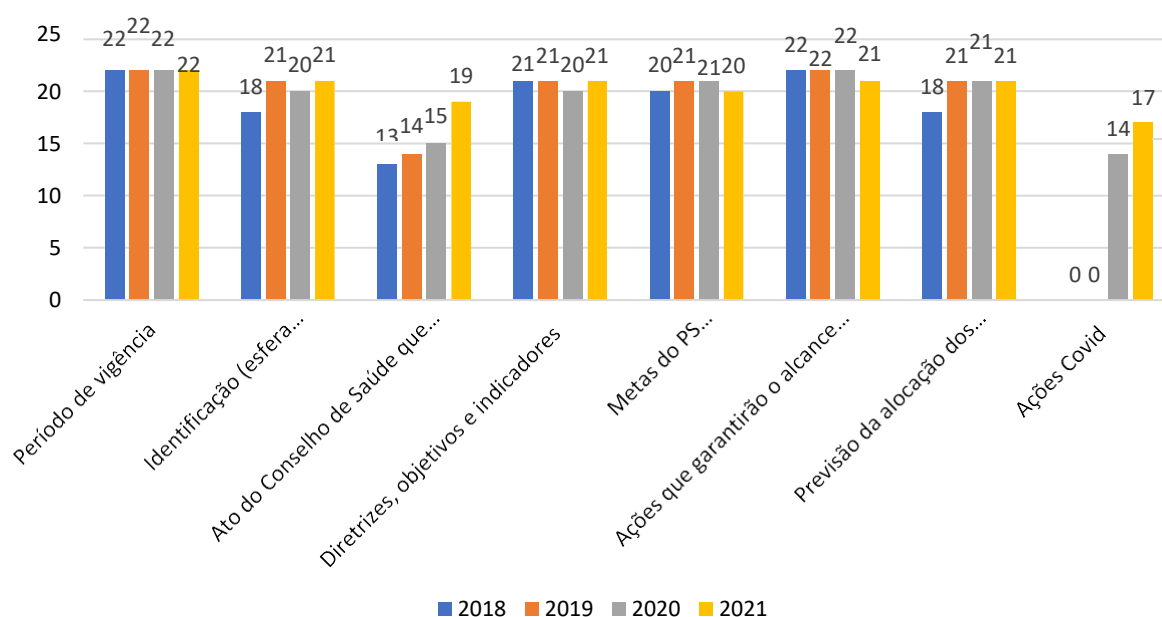
Programação Anual de Saúde	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Período de vigência	22	95,7	22	95,7	22	95,7	22	95,7
Identificação (esfera correspondente);	18	78,3	21	91,3	20	87	21	91,3
Ato do Conselho de Saúde que avalia o PAS	13	56,5	14	60,9	15	65,2	19	82,6
Diretrizes, objetivos e indicadores	21	91,3	21	91,3	20	87	21	91,3
Metas do PS anualizadas/revisadas;	20	87	21	91,3	21	91,3	20	87
Ações que garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;	22	95,7	22	95,7	22	95,7	21	91,3
Previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS	18	78,3	21	91,3	21	91,3	21	91,3
Ações Covid	-	-	-	-	14	60,9	17	73,9

*itens mais incompletos ou preenchidos inadequadamente.

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do DigiSUS Gestor.

Abaixo, na Figura 3, é possível visualizar os itens preenchidos por período.

Figura 3 - Itens da Programação Anual de Saúde preenchidos em cada ano no período de 2018 a 2021



A PAS é o instrumento que concretiza as intenções expressas no Plano de Saúde, com o objetivo de atualizar as metas e informar a previsão da alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano correspondente (conforme o Artigo 97 da Portaria de Consolidação nº 1/2017). Ainda, de acordo com o artigo 36, § 2º, da Lei Complementar 141 de 2012, os entes federativos devem encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação antes da data de envio da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente.

No componente Programação Anual de Saúde do DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), o Conselho de Saúde pode visualizar as informações inseridas pela gestão referentes à atualização das metas, à descrição das ações programadas para execução, bem como à programação de despesas com saúde por subfunção, por categoria econômica e por fonte de recursos correspondentes ao ano selecionado.

A PAS é um instrumento crucial para a atualização das ações do PMS e para a planificação da necessidade dos recursos financeiros que viabilizam a implementação do respectivo plano. Além disso, essa programação orientará a elaboração da LDO do governo, que visa integrar o PPA e a LOA, estabelecendo metas e prioridades da Administração Pública para o próximo ano (Brasil, 2016). A ausência de informações na seção 'Previsão da alocação de recursos orçamentários' indica falta de conexão da programação com a realidade, demonstra desconhecimento por parte dos gestores e técnicos sobre a interligação entre os instrumentos de gestão do SUS e os instrumentos de governo, ou até mesmo negligência na elaboração do planejamento da previsão orçamentária para a execução das ações.

Os resultados das ações propostas e das execuções orçamentárias da PAS devem ser devidamente registrados e justificados no RAG, o qual desempenha um papel essencial na promoção da transparência e no controle social. Portanto, não deve ser encarado como um mero cumprimento de obrigações legais, limitando-se ao preenchimento no sistema. O RAG é uma ferramenta que orienta a elaboração da nova PAS e os ajustes necessários no PMS, tornando-se a principal fonte de apoio ao

processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS (Brasil, 2016; Garcia; Reis, 2016).

Embora a análise da adequação da estrutura mínima proposta aqui não tenha como objetivo a avaliação da qualidade das informações fornecidas pelos municípios, é importante destacar a falta de compromisso com o preenchimento desse documento crucial no planejamento municipal de saúde. Isso levanta preocupações em relação à ausência de uma análise adequada do que foi ou não realizado nas ações, bem como a falta de orientação para ajustes no PMS e o apoio à construção da PAS para o ano seguinte. Essas observações estão em consonância com outros estudos, que sugerem que esses instrumentos são preenchidos apenas para garantir a liberação de recursos, em vez de serem efetivamente utilizados no processo de planejamento dos municípios, ressaltando a falta de uma cultura de planejamento sólido (Vicentine *et al.*, 2018; Almeida; Souza, 2013; Kleba; Comerlatto; Frozza, 2015).

Ao analisar a completude dos itens preenchidos por ano, observou-se que o item com menor preenchimento em todos os anos foi o ato de conselho de saúde, que é o responsável por avaliar o PAS, apesar de ter ocorrido o preenchimento progressivo deste item ao longo do período estudado, passando de 13 (treze) municípios em 2018, para 19 (dezenove) em 2021. Por outro lado, trazendo o olhar para os itens mais preenchidos, destacam-se o período de vigência, seguido das ações que garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde (descritos em quase todos os municípios em todos os anos analisados).

Analisando os itens individualmente, observa-se que, dos 23 municípios avaliados, apenas 01 não informou o período de vigência no quadriênio avaliado. Com relação a identificação (esfera correspondente), o preenchimento foi menor em 2018 (18 municípios) e nos demais anos oscilou entre 20 (vinte) e 21 (vinte e um) municípios com este dado preenchido. Conforme já mencionado anteriormente, houve ausência de preenchimento do Ato do Conselho de Saúde em todos os anos, sendo esta falta menor em 2018.

O item Diretrizes, Objetivos e Metas estava preenchido em 21 municípios, exceto em 2020, que foram 20 municípios. As metas anualizadas mantiveram-se entre 87% (2018 e 2021) e 91,3% (2019 e 2020). As ações para garantia do alcance dos objetivos e metas do Plano de Saúde estavam descritas em quase todos os planos (22 municípios), com exceção de 2021 (21 municípios). A previsão de alocação de recursos orçamentários foi apresentada por 21 municípios (91,3%) em 2019, 2020 e 2021, entretanto, em 2018, este item não foi descrito por 5 municípios.

Cabe destacar que, em 2020 e 2021 ocorreu a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da Coronavírus – COVID-19, sendo necessário fazer a programação dos recursos para enfrentamento da pandemia. Apesar disso, no primeiro ano da pandemia, em 2020, apenas 14 municípios (60,9%) descreveram a alocação de recursos para esta finalidade, já em 2021, este item passou a ser preenchido por 17 municípios (73,9%).

Em 2018 foi possível observar que diversos municípios inseriram dados no DigiSUS, entretanto, alguns deles não anexaram documentos físicos correspondentes à Programação Anual de Saúde (PAS). Durante esse período, detectaram-se inconsistências, como a presença de um arquivo intitulado "PAS 2018," que, na realidade, se referia a um artigo científico com o título "Problemas Problematizações: Implicações para o Ensino dos Profissionais da Saúde." Além disso, em 2018, alguns municípios não iniciaram o registro de dados no sistema, enquanto outros anexaram documentos como relatórios de prestação de contas trimestrais, resoluções de aprovação do PMS ou outros anexos, como atas de prestação de contas trimestrais de 2018 e demonstrativos orçamentários.

No ano de 2019, notou-se que alguns municípios repetiram o mesmo comportamento e conteúdo do ano anterior no campo da Programação Anual de Saúde. Isso incluiu anexos relacionados à PAS de 2020, PAS com status de análise pelo CMS desde 26/03/2020 (há 3 anos), anexos de resoluções de aprovação do PMS e/ou resoluções de alteração do PMS com dados sobre a COVID-19, PAS não iniciadas ou ainda em análise pelo CMS. Além disso, em relação à PAS, alguns municípios não registraram as metas anuais.

Em 2020 verificou-se que alguns municípios não anexaram a PAS ou anexaram documentos como demonstrativos orçamentários, arquivos do Plano Municipal de Saúde e datas de resoluções de aprovação do PMS incorretas.

Já em 2021, foram identificados documentos anexados com datas inadequadas, tais como aprovações do PMS para o quadriênio 2017 a 2021 ou PMS 2022 a 2025, Programações para os anos de 2022, 2023 e 2024, além de arquivos de quadros de metas no campo da PAS que não foram inicializados.

A Tabela 5 apresenta a análise quantitativa dos itens preenchidos pelos 23 municípios no Relatório Anual de Gestão (RAG) correspondente aos anos 2018 a 2021.

Tabela 5 - Frequência relativa e absoluta dos itens preenchidos no Relatório Anual de gestão no quadriênio 2018-2021

Relatório Anual de Gestão	2018		2019		2020		2021		quadriênio (n=92)	% quadriênio
	n	%	N	%	n	%	n	%		
Identificação - legislativa;	11	47,8	11	47,8	13	56,5	7	30,4	42	10,5
Introdução - Considerações Iniciais;	15	65,2	15	65,2	17	73,9	19	82,6	66	16,5
Análise e considerações do Gestor sobre Dados Demográficos;	13	56,5	16	69,6	17	73,9	21	91,3	67	16,8
Análise e considerações sobre Morbidade;	12	52,2	16	69,6	17	73,9	21	91,3	66	16,5
Análise e considerações sobre Mortalidade;	12	52,2	16	69,6	17	73,9	21	91,3	66	16,5
Análise e considerações sobre Prestadores de Serviços ao SUS;	13	56,5	15	65,2	18	78,3	19	82,6	65	16,3
Análise e Considerações dos Profissionais do SUS;	13	56,5	14	60,9	17	73,9	18	78,3	62	15,5
PAS e Pactuação da Saúde;	12	52,2	19	82,6	16	69,6	21	91,3	68	17,0
Análise Sobre a Utilização dos Recursos;	17	73,9	15	65,2	19	82,6	19	82,6	70	17,5
Análise Sobre os Indicadores Financeiros;	15	65,2	15	65,2	20	87,0	16	69,6	66	16,5
Análise Sobre Demonstrativo Orçamentário;	15	65,2	16	69,6	20	87,0	19	82,6	70	17,5
Análise de auditoria, quando houver;	17	73,9	18	78,3	19	82,6	18	78,3	72	18,0
% Mínimo constitucional aplicado;	20	87,0	21	91,3	18	78,3	15	65,2	74	18,5
Considerações gerais e do CMS;	15	65,2	15	65,2	18	78,3	20	87,0	68	17,0

Recomendações para próxima PAS e/ou redirecionamentos para o PS;	18	78,3	14	60,9	17	73,9	21	91,3	70	17,5
Considerações do Conselho;	16	69,6	8	34,8	10	43,5	8	34,8	42	10,5
Recursos Covid.					17	73,9	19	82,6	36	18,0
Média	15	63,6	15	66,3	17	74,2	18	76,9	63	16,3

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do DigiSUS Gestor.

O RAG é um instrumento básico de planejamento que apresenta elementos fundamentais para o acompanhamento e avaliação das iniciativas quadrienais amplamente indicadas pelo PMS e anualmente operacionalizadas pela PAS sob responsabilidade da respectiva esfera de gestão, visando o alcance dos objetivos do SUS. O RAG permite a verificação da efetividade e da eficiência alcançadas na atenção integral à saúde, subsidia as atividades de controle e auditoria, além de constituir-se em importante instrumento de controle social e de referência para a participação social na atuação em saúde. Este instrumento é fundamental para a prestação de contas das ações, serviços e recursos geridos pelas Secretarias Municipais de Saúde, visando ampla publicidade e transparência aos processos.

A estrutura do relatório está baseada na Resolução nº 459/2012 do Conselho Nacional de Saúde, nos artigos 34, 35 e 36 da Lei Complementar nº141/12 e, no sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento (Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019).

A análise do quadriênio demonstra que, 67,4% dos municípios possuem RAG, destes, 13% estão em elaboração, 8,7% dos municípios não iniciaram, 5,4% estão com status em análise pelo CMS e 5,4% foram aprovados com ressalva (Tabela 1).

A análise evidenciada na Tabela 4 demonstra que, dos dados coletados, o item que teve menor preenchimento no DigiSUS foi o de identificação legislativa no ano de 2021, com 30,43% e em 2018, com 47,82%, mantendo o comportamento em 2019 com melhora em 2020, seguido das considerações do Conselho em 2019 e 2021, com 34,78%. Os dados referentes à introdução e as considerações iniciais mantiveram-se crescente, assim como a análise e considerações do gestor sobre dados demográficos, morbidade, mortalidade, prestadores de serviços ao SUS e dos profissionais do SUS.

A Pactuação da Saúde teve uma queda na alimentação em 2020, saindo de 82,6% para 69,56% recuperando-se em 2021 com 91,3%. A análise sobre a utilização dos recursos apresentou queda na alimentação das informações em 2019 e a análise sobre os indicadores financeiros queda em 2021.

As competências dos CMS estão claramente definidas na legislação que regula o seu funcionamento. A prestação de contas é identificada como a principal atividade de controle e avaliação dos conselhos. No entanto, é importante ressaltar que a interpretação e o questionamento de documentos complexos, como o RAG, por exemplo, muitas vezes requerem um nível de conhecimento técnico que nem sempre é alcançado pelos conselheiros. Isso pode resultar na aprovação de documentos com deficiências, as quais podem passar despercebidas.

Contribui para essa situação o fato dos instrumentos de gestão chegarem ao CMS já completamente finalizados e com prazos exíguos para aprovação, impedindo sua análise de forma mais minuciosa por parte dos conselheiros, que acabam aprovando-os “sob pressão”, uma vez que a sua não aprovação pode significar a perda de recursos por parte do município (Santos *et al.*, 2020; Pinheiro, 1966; Fuginami; Colussi; Ortiga, 2020).

Entre as inconsistências encontradas no preenchimento dos Relatórios Anuais de Gestão, observaram-se diversas questões, tais como a utilização de instrumentos com datas de vigência de anos anteriores, anexos de aprovação do CMS vinculados a outros documentos e divergências nas ações apresentadas. Durante a coleta de dados, enfrentamos dificuldades ao avaliar se determinado item estava concluído, parcialmente concluído ou não realizado, devido à qualidade das informações. Foram observados os seguintes problemas:

- a) Em alguns campos encontramos informações que apenas indicavam que a gestão precisava de atualização.
- b) Outras informações se repetiram de forma idêntica nos campos de 2018, sem atualizações ou mudanças.
- c) Justificativas foram copiadas e coladas de forma idêntica nos diferentes anos apresentados.

- d) Alguns campos continham respostas como: "apenas sem considerações," "não apresentou a produção", "ok," "sem considerações," "sim, documento aplicação até 2016," "sim, documento aplicação anterior," "não tem indicadores", "parcial necessidade da gestão atualizar" e, no campo de introdução, "sim, igual a 2018".
- e) Em algumas situações encontramos explicações como "Apenas justificativas usadas no RAG 2018", "Não realizado devido à troca de gestão" e "Não encontramos documentos que comprovem a realização do monitoramento dos indicadores pactuados para 2020".
- f) Também foram mencionadas dificuldades causadas pela pandemia de COVID-19, que afetou a realização de alguns indicadores devido às medidas de distanciamento social e às orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde.
- g) Houve menção de que o planejamento não foi executado devido à pandemia.
- h) Algumas informações foram consideradas semelhantes aos dados de 2018 ou 2020.
- i) A falta de dados alimentados foi justificada pela troca de gestão na Secretaria e pela modificação de alguns processos de trabalho, o que pode ter afetado o alcance das metas do PAS.
- j) Foi apontada a ausência de informações sobre o uso e aplicabilidade dos recursos oriundos do Ministério da Saúde, o que resultou na indecisão da Gestão em relação ao uso desses recursos para ações de saúde.
- k) Além disso, notou-se que a maioria das aprovações pelo CMS não continham observações ou recomendações.
- l) A falta de dados indicadores e considerações gerou divergências entre o formato em que os instrumentos de planejamento foram redigidos e o formato em que foram inseridos no sistema, o que complicou a obtenção de resultados precisos. Outra dificuldade foi a avaliação dos resultados com base nos indicadores programados, uma vez que esses não podiam ser medidos de forma estatística.

A desconexão entre os instrumentos de planejamento e a execução das ações, assim como a subsequente avaliação, torna-se evidente em alguns municípios quando, nos campos de análise do RAG não há comentários significativos, ou quando não são feitas recomendações para ajustes no PMS ou na elaboração do PAS. Isso enfatiza,

mais uma vez, que o planejamento nos municípios muitas vezes segue uma abordagem mais normativa do que estratégica. A falta de estabilidade nos cargos de gestores ou técnicos de planejamento contribui para a subvalorização do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão (Fenili; Correa; Barbosa, 2017; Barbosa *et al.*, 2017).

Em um estudo de avaliação observou-se que mais da metade dos profissionais responsáveis pelo planejamento nos municípios catarinenses não possuía qualificação adequada, sendo estes, em sua maioria, profissionais não efetivos, o que resultou na descontinuidade do planejamento e na redução de sua importância (Berreta; Lacerda; Calvo, 2013). No cenário municipal, nem sempre há uma equipe dedicada à área de planejamento, o que certamente afeta o processo de planejamento local (Carvalho, 2014).

Em última análise, com base nos resultados obtidos neste estudo, que corroboram outros achados, pode-se inferir que o planejamento no nível municipal desempenha um papel crítico na concretização dos princípios da descentralização e regionalização e também afeta a eficiência do sistema de saúde diante dos recursos limitados alocados para ele (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016; Pinafo *et al.*, 2016).

É importante notar que, até 2017, os RAG eram enviados aos conselhos de saúde por meio do SARGSUS, que foi descontinuado para envio de relatórios a partir de 2018. O SARGSUS permaneceu disponível até o final de 2019 apenas para envio de relatórios pendentes entre 2011 e 2017. As funcionalidades do SARGSUS foram incorporadas ao DIGISUS devido a instabilidades e dificuldades de uso, com a finalização de relatórios em andamento.

O Ministério da Saúde disponibilizou, em janeiro de 2019, o Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento – DGMP para registro de informações relacionadas aos instrumentos de planejamento em saúde de estados, Distrito Federal e municípios, incorporando as funcionalidades dos sistemas SARGSUS e Sistema de Informação do Pacto pela Saúde (SISPACTO). Entretanto, observou-se que, alguns municípios preencheram os campos com informações do MS no documento do Word para serem

revisados pelo Conselho Municipal de Saúde, enquanto aguardavam a conclusão do processo de transição do SARGSUS para o DIGISUS.

É relevante destacar que, durante o período do estudo, houve a desativação do SISPACTO, o que impediu muitos municípios de acompanharem os resultados alcançados em 2019. O SISPACTO permitia o monitoramento e a avaliação das pactuações de saúde, bem como a transparência e a prestação de contas pelos gestores. As metas eram validadas junto à SESA e, em seguida, homologadas pelo Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informação SISPACTO. No entanto, em 2018, o sistema não estava disponível, o que atrasou significativamente a pactuação em nível estadual. Os resultados dos indicadores eram monitorados de acordo com a periodicidade definida pelo MS (mensal, semestral, quadrimestral ou anualmente, dependendo de cada indicador) e apresentados ao Conselho Municipal de Saúde.

Diante desses problemas, alguns municípios mencionaram em seus relatórios justificativas para a falta de informações ou o não cumprimento das pactuações de saúde, alegando troca de gestão, falta de dados ou dificuldades de acesso ao sistema. Outros municípios conseguiram cumprir parcial ou integralmente as pactuações, mas nem todos homologaram seus resultados ou apresentaram análises sobre eles.

Portanto, é imperativo que haja maior padronização e integração dos sistemas de informação, além de uma maior capacitação e comprometimento dos gestores para que o PAS e a pactuação de saúde possam ser eficazes instrumentos de planejamento e gestão da saúde.

Outra variável a ser considerada é que, em março de 2021, o Ministério da Saúde (MS) emitiu um comunicado aos municípios (SIOPS 03/2021) referente à disponibilidade dos dados do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) do 1º bimestre de 2021, que estava atrasado devido a atualizações necessárias no sistema relacionadas à adaptação da classificação por natureza da receita orçamentária (Brasil, 2021c). Isso incluiu alterações nas fontes de recursos de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Portaria Interministerial STN/SOF nº 163, de 04 de maio de 2001 (Brasil, 2001b). Essa situação afetou a pontualidade na

disponibilidade da versão de transmissão dos dados do SIOPS do 1º bimestre de 2021. Sendo assim, o MS destacou que estava tomando medidas para evitar que os entes federados fossem prejudicados devido ao atraso na disponibilização da versão de transmissão do SIOPS.

Durante a coleta de dados neste estudo, também foi observado que alguns campos do DIGISUS apresentavam valores de execução zerados (R\$ 0,0). Isso ocorreu porque o sistema de informação contábil não fazia a distinção entre créditos ordinários, créditos extraordinários ou incrementos, e a execução das despesas era registrada de forma agregada por grupo de despesa. As informações sobre o montante e a fonte de recursos aplicados eram obtidas a partir dos relatórios gerenciais do SIOPS, que exigiam registro e atualização periódicos. Cabia ao gestor de saúde, responsável pela declaração dos dados no SIOPS, garantir que fossem registrados nos prazos definidos e que fossem fidedignos, já que esses dados tinham validade legal de acordo com a Lei Complementar 141 (Brasil, 2012a).

Compete ao Ministério da Saúde definir as diretrizes para o funcionamento do SIOPS e os prazos para o registro e homologação das informações. Os referidos prazos devem estar em conformidade com o artigo 52 da Lei Complementar 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), em atendimento ao que determina o § 3º do art. 165 da Constituição Federal, que estabelece que o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) deve ser publicado até 30 dias após o encerramento de cada bimestre (Brasil, 1988, 2012). Uma das principais funções do SIOPS é calcular automaticamente a aplicação mínima da receita de impostos e transferências vinculadas às ações e serviços públicos de saúde de cada ente federado.

A Lei Complementar 141/2012 estabelece quais despesas são consideradas ações e serviços públicos de saúde e quais não são. Conforme a legislação, os municípios devem aplicar, anualmente, no mínimo 15% da arrecadação dos impostos mencionados na Constituição Federal (Brasil, 2012a).

O RREO é um instrumento de gestão fiscal que tem como objetivo evidenciar a situação fiscal do ente, especialmente a execução orçamentária da receita e despesa

sob diferentes perspectivas. Isso permite que a sociedade, os órgãos de controle interno e externo e o público em geral conheçam, acompanhem e analisem o desempenho das ações governamentais estabelecidas na LDO.

No sistema DigiSUS, as informações sobre a utilização de recursos, indicadores financeiros e demonstrativo orçamentário são apresentadas na execução orçamentária e financeira, subdivididas em quadros demonstrativos.

O primeiro quadro do RREO diz respeito às receitas de impostos e transferências vinculadas às ações e serviços públicos de saúde, informadas com base no valor efetivamente arrecadado (valor bruto). Dentre essas receitas, pelo menos 15% devem ser destinados a Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS).

O segundo quadro trata das receitas adicionais destinadas ao financiamento da saúde. No entanto, essas receitas não são consideradas na base de cálculo para a comprovação dos limites mínimos constitucionais, uma vez que, em sua maioria, são recursos repassados por outras esferas de governo, embora contribuam para o financiamento da saúde.

O terceiro quadro aborda as despesas totais com saúde, classificadas em grupos de natureza de despesa. Nos cinco primeiros bimestres do exercício, o cálculo das ASPS pelo SIOPS é baseado nas despesas liquidadas, enquanto no sexto bimestre (anual) é baseado nas despesas empenhadas e inscritas em restos a pagar não processados.

O quarto quadro está relacionado às despesas com saúde que não são consideradas para a apuração do percentual mínimo. Em outras palavras, essas despesas são deduzidas do total de despesas com saúde ao calcular o valor das ASPS.

O quinto quadro demonstra o percentual aplicado em ASPS pelo ente federado, conforme estabelecido na Lei Complementar 141/2012. Esse percentual é calculado dividindo o Total das Despesas com ASPS pelo Total das Receitas Vinculadas à ASPS, multiplicado por 100 (cem). Como o limite mínimo é anual, em alguns meses pode ser observado que o percentual aplicado é inferior ao exigido. Portanto, nos

primeiros 05 (cinco) bimestres do exercício, esse quadro serve para monitorar as diferenças entre as receitas e despesas previstas e efetivamente realizadas.

O sexto quadro representa a diferença entre o valor executado e o limite mínimo constitucional. Quando esse valor é precedido por um sinal negativo, indica que o montante aplicado no exercício é inferior ao mínimo estabelecido. Se o valor registrado for negativo no último bimestre do exercício, ele será incluído no controle do valor referente ao percentual mínimo não cumprido em exercícios anteriores para fins de aplicação dos recursos vinculados.

O sétimo quadro trata da execução dos restos a pagar não processados inscritos com disponibilidade de caixa. Ele identifica os valores dos restos a pagar inscritos no exercício de referência e também os inscritos em exercícios anteriores, desde que dentro dos limites da disponibilidade financeira da época, relacionados a recursos próprios vinculados à saúde.

O oitavo quadro refere-se aos restos a pagar cancelados ou prescritos para fins de disponibilidade de caixa. Esse quadro identifica os restos a pagar considerados para fins de cumprimento do percentual mínimo de aplicação em ASPS que posteriormente foram cancelados ou prescritos, categorizados por exercício de cancelamento ou prescrição. Isso permite controlar a aplicação da disponibilidade de caixa relacionada a esses restos a pagar.

O nono quadro aborda o controle do valor referente ao percentual mínimo não cumprido em exercícios anteriores para fins de aplicação dos recursos vinculados. Ele identifica a parcela do percentual mínimo que não foi aplicada em ASPS em exercícios anteriores, facilitando o acompanhamento da aplicação dos recursos vinculados a essa parcela.

Finalmente, o décimo quadro trata das despesas por subfunção. As subfunções típicas da saúde incluem atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação e nutrição. Já as subfunções relacionadas ao apoio administrativo

referem-se à administração e manutenção da secretaria de saúde, como planejamento e orçamento, administração geral, administração financeira, controle interno, tecnologia da informação, formação de recursos humanos e comunicação social. Também são consideradas subfunções de ASPS aquelas relacionadas à proteção e benefícios do trabalhador, juros da dívida interna e externa, refinanciamento da dívida interna e externa, entre outras.

Conforme estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e pela Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, os Municípios são obrigados a aplicar, anualmente, no mínimo, 15% sobre o produto da arrecadação dos impostos previstos no art. 156 e dos recursos mencionados nos arts. 158 e 159 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

A maioria dos municípios, respaldada pelas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, realiza o registro contábil de todas as receitas e despesas relacionadas ao orçamento da saúde. Isso inclui as receitas extraorçamentárias que contribuem para o financiamento das Políticas de Saúde, sobretudo aquelas vinculadas aos Blocos de Financiamento da Saúde (Brasil, 1990a).

O Fundo Municipal de Saúde é composto por Contas Correntes Bancárias Específicas, nas quais são depositadas receitas provenientes de Transferências Federais e Estaduais Fundo a Fundo, bem como a contrapartida do Município, conforme determina a Emenda Constitucional nº 29/2000. Observa-se um aumento progressivo nos gastos com saúde, e os Municípios têm cumprido a aplicação do percentual mínimo obrigatório em ações e serviços públicos de saúde, conforme determinado por esta Emenda. O Demonstrativo Financeiro faz parte do RREO e tem como objetivo avaliar o cumprimento do limite mínimo estabelecido no § 3º do art. 198 da Constituição Federal, introduzido pela EC 29/2000, e regulamentado pela LC 141/2012 (Brasil, 1988).

Outro fator relevante durante o período avaliado foi o impacto da pandemia de Sars-CoV-2 (COVID-19), que exigiu dos municípios a adaptação dos serviços de saúde e a adoção de medidas para conter a crise sanitária. Especialmente em 2021, o

recrudescimento da pandemia teve um impacto significativo na vida da população e, conseqüentemente, nos serviços de saúde necessários para atender às demandas.

Vale destacar que, em determinados momentos desse ciclo de planejamento, os municípios seguiram o Mapa de Risco publicado pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. O Decreto Nº 4838-R, de 17 de março de 2021, estabeleceu medidas restritivas para conter a propagação do coronavírus, incluindo a proibição de reuniões com mais de três pessoas, com exceção das pertencentes ao mesmo núcleo familiar, e a suspensão de eventos sociais (Espírito Santo, 2021).

Muitos municípios enfrentaram desafios significativos, incluindo a escassez de profissionais de saúde, afastados por motivos diversos, como doenças próprias, luto e sobrecarga de trabalho decorrente do enfrentamento da pandemia. Ao longo do ano, um grande número de profissionais de saúde foi infectado ou reinfectado, levando a um aumento substancial no número de casos confirmados. Diante desse cenário, houve necessidade de reorganização da rede de saúde pública dos municípios e a implementação de mudanças operacionais para lidar com os desafios impostos pela pandemia. Algumas metas de planejamento foram afetadas, especialmente aquelas que dependiam de reuniões presenciais, que não foram possíveis devido às restrições sanitárias.

A situação da COVID-19 também impactou as investigações de óbitos, pois os técnicos das vigilâncias e da APS não puderam realizar as investigações presencialmente devido às medidas de isolamento social, home office e outras precauções. Isso resultou em atrasos na conclusão das investigações e afetou a análise do perfil epidemiológico durante o período estudado. Porém, conforme a Nota técnica nº 7/2020-CGFIP/DGIP/SE/MS, qualquer alteração no cenário epidemiológico que impacte no planejamento deve ser objeto de revisão e posterior alteração no PS ou na PAS. A COVID-19 alterou o cenário epidemiológico de todos os estados, Distrito Federal e de todos os municípios. Portanto, todos os entes devem proceder os ajustes no PS ou na PAS, sem perder de vista que essas alterações repercutirão na prestação de contas (Brasil, 2021a). Apesar das adversidades, esforços significativos foram

empreendidos para garantir a execução do Plano de Contingência e responder de forma coordenada e eficaz aos desafios apresentados pela pandemia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização dos instrumentos de gestão por meio do PlanejaSUS foi um marco para a consolidação do planejamento em saúde no Brasil. Porém, seu funcionamento efetivo é diretamente proporcional ao interesse, conhecimento e envolvimento dos gestores e do controle social.

Identificou-se que a maior parte dos municípios da região metropolitana do Estado do Espírito Santo apresentou falhas importantes na construção dos instrumentos de gestão, apontando também, fragilidades do planejamento no nível estadual, uma vez que o planejamento deve ser ascendente.

A despeito da disponibilização de materiais e modelos padronizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual, com a estrutura mínima dos instrumentos explicitada de forma simples e objetiva, e da padronização da sua construção por meio do DigiSUS, a maioria dos municípios elaboraram seus instrumentos de acordo com essas especificações.

Os principais achados da pesquisa respondem aos objetivos definidos no que tange a elaboração dos instrumentos de gestão e planejamento, uma vez que a macrorregião metropolitana possui 100% dos Planos de Saúde aprovados e publicizados no sistema DigiSUS. Com relação a estrutura mínima, foi observado várias inconsistências e não conformidades descritas nos itens dos documentos analisados anexados ao sistema.

Os itens com menor preenchimento no plano foram: ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde, fluxos de acesso, gestão do trabalho e da educação na saúde e recursos financeiros e as principais inconsistências encontradas nos planos foram erro no período de vigência, ausência de dados de identificação da gestão, de informações de fluxos, redes, recursos, gestão e monitoramento, e documentos anexados divergentes dos dados publicizados.

Quase a totalidade das programações anuais foram aprovadas, os itens com menor preenchimento foram ato do conselho de saúde, que avalia a PAS e as ações covid

dentro do período pandêmico. As inconsistências encontradas neste documento foram a falta de informação quanto à previsão de alocação de recursos orçamentários, ausência de documentos físicos e inconsistências nos arquivos anexados.

Já dos relatórios anuais de gestão, apenas 67,4% foram encaminhados, apreciados e aprovados pelo CMS, os itens menos preenchidos foram: dados de identificação legislativa; análise e considerações dos profissionais do SUS; e considerações do conselho e as inconsistências encontradas foram a utilização de instrumentos com datas de vigência de anos anteriores, anexos de aprovação do CMS vinculados a outros documentos e divergências nas ações apresentadas. Observa-se que, os municípios não construíram adequadamente os instrumentos de gestão e/ou cumpriram os prazos estabelecidos em lei.

Embora não tenha sido objeto desta pesquisa, ao analisar os campos e documentos em anexo, verificou-se, no sistema DigiSUS, a pouca participação dos conselhos de saúde no controle, planejamento e fiscalização do governo, denotando a fragilidade do controle social e evidenciando a necessidade de educação em saúde aos usuários e profissionais que compõem esses conselhos, para que se apropriem dos conhecimentos necessários para participar de forma mais efetiva nesse processo. O fortalecimento do controle social é fundamental para que as instâncias de participação popular previstas no SUS exerçam seu importante papel e qualifiquem o planejamento e o próprio sistema de saúde.

Os instrumentos de gestão em saúde não podem ser meros documentos preenchidos burocraticamente, desconectados da realidade. É fundamental que sua construção seja institucionalizada e seu uso efetivo esteja integrado ao planejamento e à execução das ações em saúde. Dessa forma, esses instrumentos devem guiar a alocação de recursos orçamentários e identificar as fragilidades e necessidades de ajustes de acordo com a realidade da população atendida. A realidade apontada com relação ao planejamento nos municípios infelizmente não parece ser diferente do que ocorre em outros municípios brasileiros, conforme demonstram resultados de pesquisas realizadas em diversos estados do país.

No entanto, esta pesquisa apresenta algumas limitações, como a falta de informações sobre quem elaborou os instrumentos e a forma como estes foram desenvolvidos. Isso dificulta a diferenciação entre instrumentos construídos de forma participativa e democrática daqueles elaborados por empresas de consultoria contratadas pelo gestor municipal.

Além disso, a inadequação com relação à estrutura mínima não necessariamente desqualifica o instrumento como um todo, assim como a sua adequação estrutural não significa que as informações ali preenchidas são compatíveis com a realidade do município e efetivamente subsidiem o planejamento das ações por parte da gestão. Portanto, a análise aqui proposta não permite juízo de valor sobre a qualidade das informações contidas nos instrumentos de gestão.

Apesar dessas limitações, o presente estudo contribuiu para a identificação da necessidade de qualificação do processo de planejamento local, de fortalecimento do controle social por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e de maior controle das ações da gestão municipal por parte dos demais níveis federativos.

A elaboração do planejamento em saúde requer mudança na postura de gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e órgãos de controle social em resposta às mudanças necessárias e aos novos e inevitáveis desafios que se apresentam para os próximos anos na área da saúde. É essencial reorientar a elaboração e qualificação dos instrumentos de gestão em tempo oportuno, fortalecendo a governança pública e o processo de planejamento institucionalizado, visando garantir a sua continuidade sistêmica e dinâmica. Isso envolve a redefinição das atribuições e responsabilidades técnicas, maior participação do gestor no gerenciamento, cooperação institucional e políticas de boas práticas com responsabilidade compartilhada na lógica regional e sistêmica, resgatando a mediação, constituição de consensos e espaços decisórios de confiança.

É importante observar que qualquer registro realizado no sistema DigiSUS permite concluir os campos de alimentação obrigatório, independentemente do tamanho e conteúdo do texto, ou seja, se escrever um ponto ou uma vírgula o sistema aceita e

apresenta como instrumento concluído, demonstrando fragilidade do sistema e uma forma de “burlar” as legislações previstas. Sendo assim, seria aconselhável estabelecer um número mínimo de caracteres obrigatórios para garantir a qualidade das informações registradas.

Além disso, é fundamental investir na capacitação permanente dos Conselhos Municipais de Saúde e dos profissionais e gestores envolvidos no planejamento, a fim de qualificar os instrumentos de gestão. O planejamento em saúde não deve se limitar à dimensão econômica e política, precisa ser vivo, dinâmico e adaptável para enfrentar os desafios do SUS e atender às necessidades da população.

Deve ser o sistema um espaço macro integrador para agregar, coordenar e otimizar políticas de saúde para a população. Portanto, é necessário agregar a experiência do cidadão e promover a governança para melhorar a qualidade e segurança das informações da gestão, adotando a transição tecnológica, interação colaborativa e sinérgica entre gestores interdependentes, processo de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e elaboração da ação sinérgica entre diferentes que colaboram entre si.

Isso fortalece a governança pública e a capacidade de planejar, formular e implementar políticas públicas nos territórios, contribuindo para um sistema de saúde mais eficiente e eficaz.

REFERÊNCIAS

- ABEN. **Pacto pela saúde** – Consolidação do SUS – 2006. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf. Acesso em: 04 abr. 2022.
- ALMEIDA, A. R. C.; SOUZA, M. K. B. Processo de construção e análise dos relatórios anuais de gestão: dificuldades, avanços e desafios. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 852-868, 2013.
- ANSELL, C.; GASH, A. Collaborative Governance in Theory and Practice. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 18, n. 4, p. 543-571, 2008.
- ARAÚJO, M. A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Public.**, v. 27, n. 3, p. 230-6, 2010.
- ARRETCHE, M. T. S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State. **BIB - Boletim Informativo e Bibliografia de Ciências Sociais**, n. 39, 1995.
- BARBOSA, N. C. T. *et al.* Educação em saúde: o uso da matriz swot para análise de projetos. **Rev. Enferm. UFPE** [internet], v. 11, n. 11, p. 4298-304, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25148-50449-1-SM.doc/24625>. Acesso em: 20 dez. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador uma trajetória inesperada. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/FW6BPGx3MvRhB4zGD7cnBxD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2023.
- BERRETA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2013.
- BRAGA, M. B. Integração Econômica Regional na América Latina: Uma Interpretação das Contribuições da CEPAL. **Brazilian Journal of Latin American Studies**, v. 1, n. 1, p. 1-26, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1676-6288.prolam.2002.81745>. Acesso em 20 ago. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977**. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6439.htm. Acesso em: 21 set. 2023.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 set. 2023.

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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. **Portaria 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. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. 1993a. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 05 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.** Dispõe sobre a transferência regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, Municípios e Distrito Federal. Disponível em: http://www.conasems.com.br/legis/doc/dec_1232.htm. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde.** Brasília: MARE, 1998. 33 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13).

BRASIL. **Emenda Constitucional n 29, de 13/9/2000.** Altera os Artigos 34,35, 156,160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://conselho.saude.gov.br/images/documentos/legislacao/outros/emenda_constitucional_n_29.pdf. Acesso em: 1º fev. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/2001. 2001a. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. **Portaria Interministerial n o 163, de 4 de maio de 2001 (atualizada).** Dispõe sobre normas gerais de consolidação das Contas Públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências. 2001b. Disponível em: [https://transparencia.pb.gov.br/orcamento/normas-orcamentarias/portarias/portariainterministerial-n-o-163-de-4-de-maio-de-2001atualizada/view#:~:text=DE%202001%20\(ATUALIZADA\)-](https://transparencia.pb.gov.br/orcamento/normas-orcamentarias/portarias/portariainterministerial-n-o-163-de-4-de-maio-de-2001atualizada/view#:~:text=DE%202001%20(ATUALIZADA)-)

,PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%20o%20163%2C%20DE,DE%20MAIO%20DE%202001%20(ATUALIZADA)&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20normas%20gerais%20de,Munic%C3%ADpios%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias. Acesso em: 1º fev. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução do Conselho Nacional da Saúde (CNS) nº 333/2003.** Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. 4 Dez 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2003/res0333_04_11_2003.html. Acesso em: 19 out. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Ciência, tecnologia e inovação em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ciencia_tecnologia_inovacao_saude.pdf. Acesso em: 28 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p.

BRASIL. **Portaria GM/MS 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009:** uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

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

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2011/resolu-o-n-1-de-29-de-setembro-de-2011.pdf/view#:~:text=Estabelece%20diretrizes%20gerais%20para%20a,28%20de%20junho%20de%202011>. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 1º fev. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012**. Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012, na forma do Anexo I desta resolução. 2012c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0459_10_10_2012.html. Acesso em: 1º fev. 2024.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.135, de 25 setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. **Resolução CIT nº 6, de 6 de novembro de 2013**. Dispõe sobre as regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação em saúde ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que envolvam a sua utilização pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde. 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0006_06_11_2013.html. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.033, de 27 de dezembro de 2016**. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos

Municípios do Espírito Santo e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt3033_27_12_2016.html.
Acesso em: 1º fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de Planejamento do SUS**. Série Articulação Interfederativa Volume 4. 2016.

BRASIL. **Portaria de consolidação MS/GM nº 1, de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. 2017a. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html.
Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. **Portaria de consolidação MS/GM nº 2, de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.
Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. **Portaria de consolidação MS/GM nº 3, de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017 c. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html.
Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. **Portaria de consolidação MS/GM nº 4, de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. 2017d. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html.
Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. **Portaria de consolidação MS/GM nº 5, de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017e. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html.
Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. **Portaria de consolidação MS/GM nº 6, de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017f. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html.
Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. **Resolução CIT nº 23, de 17 de julho de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. 2017g. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 31 set. 2023..

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 1/2018-CGAIG/DAI/SE/MS**. [Trata da] Situação de Entrega dos Relatórios de Gestão e Pendências nos Conselhos de Saúde. 2018b. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Nota-T%C3%A9cnica-DAI-N%C2%BA-1-2018.pdf>. Acesso em: 12/ abr. 2022.

BRASIL. **Nota Técnica nº 7/2020-CGFIP/DGIP/SE/MS**. Ajuste no Plano de Saúde (PS) ou na Programação Anual de Saúde (PAS) para inclusão das metas ou das ações, respectivamente, decorrentes do enfrentamento à pandemia da COVID 19. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/Ck2kjiceN0218uccNNO3jg8YNIImmNJTOYFeweEvN.pdf>. Acesso em: 1º fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 20/2021-DGIP/SE/MS**. Revoga a Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que trata do processo de Pactuação Interfederativa de Indicadores. 2021a.

BRASIL. **Manual do usuário para conselheiros: DigiSUS Gestor – módulo planejamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comunicado CSIOPS 03/2021. Brasília, 18 de março de 2020. Disponível em: <chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/publicacoes/comunicados/2021/comunicado-03-2021-atraso-siops-1o-bim-2021>. Acesso em: 31 jan. 2024.

CALMON, C.; COSTA, A. T. M. Redes e Governança das Políticas Públicas. **RP3: Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, v. 1, p. 1-29, 2013.

CAMILO, D. I. de S. **“Na saúde e na doença até que a morte nos separe”**: trabalho e saúde nos tempos do capital. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2012.

CAMPOS, P. P. de M. **Análise comparativa do sistema de saúde do Canadá X Estados Unidos da América**. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://vest.saocamiloes.br/midias/documentos/hotsite/expociencia/submissoes/2012/submissoes/58550c829c4f3a1e3158cb1447e2cee9c331fdd9.pdf>. Acesso em: 30 jan; 2024.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 411-420, abr-jun, 2000.

CAPELLA, A. C. N. **Formulação de Políticas**. Brasília: Enap, 2018.

CARNUT, L. Planejamento e programação de ações em saúde: conceitos, importância e suas influências na organização dos serviços de saúde bucal. **J Manag Prim Health Care** [Internet]., v. 3, n. 1, p. 53-61, 2012. Disponível em: <https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/118>. Acesso em: 21 set. 2023.

CARVALHO, E. M. R. **Usos e "desusos" do planejamento**: uma análise sobre planos municipais de saúde. 2014. 47 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2014.

CARVALHO, M. G.; SANTOS, L. L. P. O Controle Social na Efetivação das Políticas Públicas com ênfase na Assistência Social. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v.12, n. 41, p. 760-773, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1255/1835>. Acesso em: 06 dez. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS - CONASEMS. **Manual do(a) gestor (a) municipal do SUS – diálogos no cotidiano**. Brasília: CONASEMS, 2021. 440 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf. Acesso em: 21 ago. 2022.

COSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIO DE SAÚDE - CONASS. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS – o planejamento no SUS. In: CONASS. **Informações para a gestão estadual do SUS 2023 – 2026**. 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/o-processo-de-planejamento-no-sus/>. Acesso em: 04 set. 2022.

COSTA, A. M. da. Atenção básica de saúde: um estudo de caso na comunidade Nova Israel em Manaus. **Rev. Adm. Saúde** (On-line), São Paulo, v. 19, n. 74, jan. – mar. 2019. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/149/231>. Acesso em: 24 set. 2023.

CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL - CPDOC. **Verbetes**: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – 2023. Disponível em: <https://www18.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 24 set. 2023.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, suppl. 2, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014> <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ>. Acesso em: 28 jan. 2024.

ESPÍRITO SANTO. **Leio nº 4.137**. [Sanciona que] O Sistema Estadual de Saúde tem por objetivo promover, coordenar e executar planos, programas, atividades e projetos de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde no território do Estado e apoiar supletivamente as atividades de saúde desenvolvidas pelos municípios e pelo setor privada de acordo com a política nacional e os planos de desenvolvimento econômico social do Estado e em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidas pela Constituição Federal (Seção II, Capítulo II, Título VIII) e Constituição Estadual (Seção II, Capítulo II, Título VII). Disponível em: <https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LO%204317.html>. Acesso em: 1º fev. 2024.

ESPÍRITO SANTO. **Lei nº 10.733, de 15 de setembro de 2017**. Institui a Política Estadual de Organização da Atenção à Saúde - Rede Cuidar. Disponível em: <https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI107332017.html?identicador=330033003200370035003A004C00>. Acesso em: 1º fev. 2024.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria nº 150-r, de 29 de julho de 2020**. Institui o Plano de Gestão do Planejamento Estratégico e Governança de Informações na Saúde, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde - SESA. 2020a. disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://icepi.es.gov.br/Media/ICEPi/Arquivos-ICEPi/Portarias/2020/Portaria%20SESA%20N%C2%BA%20150-R,%20de%2029%20de%20julho%20de%202020.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2024.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria nº 227-S, de 29 de julho de 2020**. Institui o Grupo de Trabalho de Gestão do Planejamento Estratégico e Governança de Informações em Saúde - GT-GPEGIS - na Secretaria de Estado da Saúde do ES. 2020b. Disponível em: <https://ioes.dio.es.gov.br/portal/edicoes/download/5016>. Acesso em: 30 jan. 2024.

ESPÍRITO SANTO. **Decreto nº 4838-r, de 17 de março de 2021**. Dispõe sobre medidas qualificadas extraordinárias pelo prazo de 14 (quatorze) dias para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19) em todos os Municípios do Estado do Espírito Santo, e dá outras providências. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://coronavirus.es.gov.br/Media/Coronavirus/Legislacao/Decreto%20n.%C2%BA%204838-R%20-%20Medidas%20extraordin%C3%A1rias%20-%2014%20dias.pdf>. Acesso em: 1º fev. 2024.

FENILI, R.; CORREA, C. E. G.; BARBOSA, L. Planejamento Estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. **Rev. Eletrônica & Saúde**, v. 8, n. 1, p. 18-36, 2017.

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

FILIPPON, J. *et al.* A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00034716, ago, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00034716>

FINKLER, R. U.; RIBEIRO, E. R. Controle social da saúde no Brasil. **Cad. Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 62-77, 2014.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. de S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Revista de saúde pública**, v. 32, n. 4, p. 352-60, 1998. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rsp/a/q6xq6TVDfXZxbHs5LJJRJ7t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2024.

FREITAG, B. Florestan Fernandes: revisitado. **Estudos avançados**, v. 19, n. 55, 2005.

FUGINAMI, C. N.; COLUSSI, C. F.; ORTIGA, A. M. B. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 857-870, jul.-set. 2020. Disponível em: <chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MbJGP6zfSjvLR3h3j5NZZwL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental - Posicionamento brasileiro (Fiocruz e Conselho Nacional de Saúde) para a Global Conference on Primary Health Care, Astana, outubro de 2018. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 434-452, 2018. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c4Fq57b sv89SfNbHQ4ZKvKf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jan. 2024.

GALINDO, A. C.; GURGEL, A. M. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. **RECIIS** (Online), v. 10, n. 4, p. 1-20, 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1155/pdf1155>. Acesso em: 16 out. 2023.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde**: o plano de saúde como ferramenta de gestão. São Luís: Edufma, 2016.

GOMES, E. G. M. **Conselhos gestores de políticas públicas**: democracia, controle social e instituições. 2003. 113 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

GOMES, F. G. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública** [online], v. 40, n. 2, p. 201-234, 2006. Disponível em: https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1504/1/Sonia%20Maria%20Goulart%20Goncalves.pdf_Acesso em: 20 fev. 2019.

GONÇALVES, S. M. G. **Elementos básicos para a formulação de uma política de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira**. 2006. 140 f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Conhecimento e da Tecnologia da Informação) Universidade Nacional de Brasília, Distrito Federal, Brasília, 2006. Disponível em: <https://bdttd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1504/1/Sonia%20Maria%20Goulart%20Goncalves.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2021.

GUIMARÃES, R. *et al.* Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 24, n. 3, Mar 2019.
DOI: <https://doi.org/10.1590/141381232018243.34652018>

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Espírito Santo – Panorama – 2022**. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em: 02 set. 2022.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; FROZZA, K. M. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. **Rev. Adm. Pública**, v. 49, n. 4, p. 1059-1979, 2015.

LEITE JÚNIOR, A D. **Desenvolvimento e mudanças no estado brasileiro**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, 2009. 90p. il.

MACHADO, R. Antes do SUS. **Drauzio Varella**, UOL online, 30 de agosto de 2023. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/antes-do-sus/>. Acesso em: 24 set. 2023.

MARQUES, R. M. *et al.* A Previdência Social: da Constituição à reforma de Lula. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre v. 8, n. 2, p. 195-218. jul./dez. 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/6340/4639>. Acesso em: 24 set. 2023.

MENEGUZZO, M.; FIORANI, G.; KEINERT, T. M. M. Direito à saúde, auditorias cívicas e sustentabilidade no Sistema Nacional de Saúde na Itália. **BIS: Boletim Do Instituto De Saúde**, v. 12, n. 3, p. 300–306, 2010.

NOGUEIRA, D P. **Curso de engenharia de segurança do trabalho**. ed. rev. Ampl. São Paulo: Fundacentro, 1981. 6v.

NORONHA, A. B. de *et al.* Entrevista: Sérgio Arouca. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 355-361, 2003.

NUNES, L. G. **Um estudo do plano municipal de saúde dos municípios da região de saúde Nanuque-MG**. 2018. 62 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) – Universidade Federal de São João del-Rei, Timóteo, Minas Gerais, 2018.

OLIVEIRA, M. R. S. de. Leis abolicionistas: a história da abolição da escravatura no Brasil In: BARBOZA, M. N. (org). **Escravidão contemporânea**. Brasília: MPF, 2017.

OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1996.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. Esp, p. 73-8, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/T59CdBgDQyGf3hqLpZCjyks/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2023.

PLANO DE DESEMPENHO DIFERENCIADO – PDR-ES. **CIB nº 153/2020**. Aprovar os limites regionais instituindo no Território do Estado do Espírito Santo - ES 03(três) Regiões de Saúde: Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul. Conforme mapa no anexo I. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20153%202020%20-%20PDR%202020.docx>. Acesso em: 22 set. 2023.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, 2016.

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

PINHEIRO, R. A Dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: três estudos de caso: Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus do Itabapoana. **Rev. Adm. Pública**, v. 30, n. 5, p. 62-100, 1966.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Breve histórico do Planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cidade de São Paulo Saúde**, 10 de julho de 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/aceso_a_informacao/index.php?p=286621. Acesso em: 21 set. 2023.

REIS, J. R. F. Vargas e a previdência: entre a dádiva e o direito. Capítulo 4 – Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

RIZZOTTO, M. L. F. **Planejamento em saúde**: aspectos históricos e metodológicos. Relatório Licença Sabática 01/09/2010 a 28/02/2011. Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2011.

RUA, M. das G. **Análise de Políticas Públicas**: Conceitos Básicos. Disponível em: <chromeextension://efaidnbmnfnlhhajpcjgkclefihdmlckaj/https://www.univali.br/pos/mestrado/mestrado-em-gestao-de-politicas-publicas/processo-seletivo/SiteAssets/Paginas/default/RUA.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2024.

SAES, D. A. M. de. Capitalismo e processo político no Brasil: a via brasileira para o desenvolvimento do capitalismo. **Novos Rumos**, v. 52, n. 1, 2015. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/8481>. Acesso em: 24 set. 2023.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça**: política social na ordem brasileira. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, C. L. *et al.* Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais Brasileiras. **Ciênc. Saúde Colet.** [internet], v. 25, n. 11, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/os-conselhos-de-saude-e-a-publicizacao-dos-instrumentos-de-gestao-do-sus-uma-analise-dos-portais-das-capitais-brasileiras/17211?id=17211>. Acesso em: 22 set. 2023.

SCHMITTER, P. Reflexões sobre o Conceito de Política. In: BOBBIO, N. *et al.* **Curso de Introdução à Ciência Política**. Brasília: UnB, 1984.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos., 2ª ED. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – SESA. **Decreto nº 3.011-N, de 06 de julho de 1990**. Homologa o Modelo Assistencial de Saúde para o Estado do Espírito Santo, instituiu os organogramas da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), do Instituto de Saúde Pública (IESP), das Superintendências Regionais de Saúde e Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES) e constituiu as 04 Superintendências Regionais de Saúde (SRS): São Mateus, Colatina, Vitória e Cachoeiro de Itapemirim. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/Governo_Governanca_SistemasRegionais.pdf. Acesso em: 1º fev. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – SESA. **Resolução nº 218/2011**. Institui o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, nos termos da portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, anexo I. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202011/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20218-2011.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – SESA. **Resolução nº 268/2011**. Aprova a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS junto ao Ministério da Saúde e institui o Grupo Condutor Estadual. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202012/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20268-2012.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – SESA. **Resolução nº 267/2012**. Aprova a adesão do Estado do Espírito Santo à Rede Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD junto ao Ministério da Saúde e institui o Grupo Condutor Estadual. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202012/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20267-2012.pdf>.

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202012/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20267-2012.pdf. Acesso em: 31 jan. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – SESA. **Resolução nº 196/CIB-ES, de 30 de agosto de 2013.** Homologa a resolução nº 057/2013 da CIR Norte, que aprova o plano de ação da Rede de Urgência e Emergência da Região Norte, Central e Sul do Espírito Santo. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202013/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20196-2013.pdf. Acesso em: 31 jan. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - SESA. **Portaria nº 312-S, de 25 de agosto de 2017.** Publicou a recomposição do Grupo Condutor da RCPD, para estruturação da rede por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável, intermitente ou contínua, de acordo com o Plano Estadual voltado a essa população. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Anexo%20da%20Res%20n%20159%20CIB%20%20Doc%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20ES%20para%20CIT%202018.pdf. Acesso em: 1º fev. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - SESA. **Resolução nº 189/2017.** Aprova o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado do Espírito Santo. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202017/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20189-2017.PDF. Acesso em: 1º fev. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - SESA. **Resolução nº 159/2018.** Aprova o documento de contextualização da regionalização do SUS-ES e da implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde e Plano de Ação/cronograma do trabalho nos termos da Resolução CIT nº37/2018. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/RES%202018/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20159-2018.PDF. Acesso em: 1º fev. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - SESA. **Resolução nº 153/2020.** Aprova os limites regionais instituindo no Território do Estado do Espírito Santo - ES 03(três) Regiões de Saúde: Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - SESA. **Resolução nº 1236/2021.** Aprovação do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CES/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CES%201236%20%20Aprovar%20as%20E%80%9CDiretrizes%20para%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20funcionamento%20da%20Plen%C3%A1ria%20Estadual%20d>

e%20Conselhos%20de%20Sa%C3%BAde%E2%80%9D.pdf. Acesso em: 02 abr. 2022.

SILVA, I. F. da. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro**. 2000. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SILVA, M. O. da S. e; YAZBEK, M. C.; GIOVANNI G. **A Política Social Brasileira no Século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Cortez, 2012.

SOUZA, C. Políticas Públicas: Uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45, jul/dez 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2021.

TABALIPA, A. T. Florestan Fernandes e a contribuição das ciências sociais na construção de políticas públicas de saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EM DIREITOS HUMANOS E SOCIEDADE, 3, 2021 Santa Catarina. **Anais eletrônico...** Santa Catarina: 20 a 23 de setembro de 2021. Disponível em: <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/AnaisDirH/article/view/7579/6426>. Acesso em: 30 jan. 2024.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2:S190-S198, 2004.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO – TST. O trabalho escravo no Brasil (1500-1888). **Justiça do Trabalho**. 2023a. Disponível em: https://www.tst.jus.br/memoriaviva/-/asset_publisher/LGQDwoJD0LV2/content/ev-jt-80-02. Acesso em: 24 set. 2023.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO – TST. Lei Eloy Chaves completa 100 anos. **Justiça do Trabalho**, 24 de janeiro de 2023. 2023b. Disponível em: <https://www.trt8.jus.br/noticias/2023/lei-eloy-chaves-completa-100-anos#:~:text=A%20legisla%C3%A7%C3%A3o%20publicada%20no%20dia,%C3%A9poca%2C%20Arthur%20da%20Silva%20Bernardes>. Acesso em: 24 set. 2024.

TUDE, J. M.; FERRO, D.; SANTANA, F. P. **Gestão de Políticas Públicas**. Disponível em: http://arquivostp.s3.amazonaws.com/qcursos/livro/LIVRO_gestao_de_politicas_publicas.pdf. Acesso em: 03 dez. 2021.

URIBE RIVERA, F. J.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pZR7rv5nWLJTkvwL39dtrc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2023.

URIBE RIVERA, F. J.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

VAITSMAN, J.; RIBEIRO, J. M.; LOBATO, L. Policy analysis in Brazil: the state of the art. In: VAITSMAN, Jeni; RIBEIRO, José M.; LOBATO, L. (Ed.). **Policy analysis in Brazil**. Bristol: Policy Press at University of Bristol, 2013. p. 1-12.

VICENTINE, F. B. *et al.* Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. **Medicina** (Online), v. 51, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/150073>. Acesso em: 17 out. 2023.

VIEIRA, A. de M. **Currículo em ação: implicações na construção de uma escola democrática**. 2009. 251 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA DO COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

CARTA DE ANUÊNCIA

A/C Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo COSEMS/ES

De: Lucileia Rosa Eller/Apoiadora Regional

Para: Marfiza Novaes/ Secretaria Executiva e Coordenadora do Projeto Rede colaborativa

Prezada Coordenadora,

Eu, **Lucileia Rosa Eller**, solicito autorização institucional para realização de projeto de pesquisa intitulado: **Instrumentos de Gestão e Planejamento das Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana do Espírito Santo: Uma Análise do Quadriênio 2018 a 2021** com os seguintes objetivos:

1. Levantar os Planos Municipais de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), e Relatório Anual de Gestão (RAG) das Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana do Espírito Santo, publicados no quadriênio 2018 a 2021;
2. Verificar a estrutura mínima dos instrumentos de gestão e planejamento do SUS elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde da região metropolitana Estado do Espírito Santo;
3. Identificar inconsistências/fragilidades/não conformidades apresentadas nos documentos analisados.

Para realizar o estudo será utilizada a seguinte **metodologia**:

Delineamento do Estudo: Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem quantitativa, utilizando dados do sistema eletrônico de domínio público e acesso restrito.

Amostra:

Serão avaliados os instrumentos de gestão e planejamento dos municípios da região metropolitana do Estado do Espírito Santo publicizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Portal SAGES (<https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>) no período de 2018 a 2021, dados publicizados no portal Lia (<https://liasaude.com.br/paineldgmp/>) e no Sistema de Informação DIGISUS Gestor, módulo planejamento <https://digisusgmp.saude.gov.br/>. Serão incluídos os planos municipais de saúde do quadriênio 2018 a 2021, e a programação e relatório anual de cada município. Portanto, considerando que são 23 municípios, a amostra será composta de 23 planos, 92 programações e 92 relatórios, totalizando 253 documentos.

Protocolo: Para análise dos instrumentos será avaliado se atendem a estrutura mínima estabelecidas nas recomendações legais: **Plano Municipal de saúde (PMS):** Ano da Conferência de Saúde, período de vigência; identificação (esfera correspondente); Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde (PS); análise situacional, orientada pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde, dados identificação da gestão municipal, Ato do Conselho Municipal de Saúde que avalia o Plano, estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores e o processo de monitoramento e avaliação. Para análise da **Programação Anual de Saúde (PAS)**, será avaliado estrutura mínima dos seguintes documentos: período de vigência- Identificação (esfera correspondente); Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde, diretrizes, objetivos e indicadores do PS as metas do PS atualizadas/revisadas; ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do PS, previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. Com relação ao **Relatório Anual de Gestão (RAG)**, será considerado os seguintes itens de verificação: Dados de Identificação – aprovação Casa Legislativa , introdução, considerações iniciais; análise e considerações do gestor sobre dados demográficos, análise e considerações sobre morbidade, análise e considerações sobre mortalidade, análise e considerações do gestor sobre prestadores de serviços

ao SUS, análise e considerações dos profissionais do SUS, PAS e pactuação da saúde; execução orçamentária, utilização dos Recursos, indicadores financeiros, demonstrativo orçamentário; auditoria, considerações gerais e recomendações para a próxima PAS e/ou redirecionamentos para o PS. Para a realização da pesquisa e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso ao sistema DIGISUS Módulo Planejamento <https://digisusgmp.saude.gov.br/>

Aproveito a oportunidade para informar que esta pesquisa **NÃO ACARRETOURÁ ÔNUS PARA O COSEMS E/OU PARA OS MUNICIPIOS QUE SERÃO AVALIADOS. CABENDO REGISTRAR QUE, TODA COLETA, ANÁLISE E DADOS PUBLICADOS PRESERVARÁ OS MUNICIPIOS.**

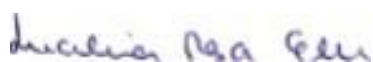
Ao final da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e encaminhar (mídia eletrônica) os resultados parciais e/ou finais gerados pela pesquisa e contribuir para qualificação do ciclo de planejamento do SUS.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Atenciosamente,

LUCILEIA ROSA ELLER



Contato

E- mail: lucileia.eller@gmail.com

Telefone: (27) 99909-6540

Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo

(X) Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

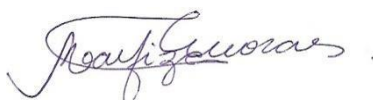
Declaro que estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, conforme me foi apresentado em projeto escrito e que a instituição possui a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa. Concordo em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado pela consulta aos dados publicizados no Sistema DIGISUS e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informo ainda, que para início do projeto está coordenação deve ser informada da aprovação do CEP, pelo pesquisador, através do envio de cópia da carta de aprovação.

Vitória, 27/03/2023.



MARFIZA MACHADO DE NOVAES
Secretaria Executiva e Coordenadora do Projeto Rede Colaborativa
/COSEMS-ES