



<https://doi.org/10.26512/gv.v12i02.40912>

Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Ramos ACA, Bulgareli JV, Cunha IP, Cortellazzi KL

Artigo de Pesquisa

Plano municipal de saúde: Análise dos municípios do estado de São Paulo no período de 2014 a 2017

Municipal health plan: Analysis of municipalities in the state of São Paulo from 2014 to 2017

Plan municipal de salud: Análisis de los municipios del estado de São Paulo de 2014 a 2017

Anne Caroline Alves Ramos¹

Jaqueline Vilela Bulgareli²

Inara Pereira da Cunha³

Karine Laura Cortellazzi⁴

Recebido: 26.11.2021

Aprovado: 22.12.2021

RESUMO

Este estudo ecológico objetivou descrever as características dos Planos Municipais de Saúde (PMS) dos municípios do Estado de São Paulo, referentes ao período de 2014 a 2017, conforme os parâmetros estabelecidos na Portaria Ministerial nº 2.135, e no Manual de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados foram coletados através do portal eletrônico do Sistema de Apoio

¹ Cirurgiã-dentista (Faculdade de Odontologia de Piracicaba- UNICAMP; 2010-2016).Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Gestão e Saúde Coletiva (Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP; 2019-); Dentista PSF (Prefeitura Municipal de Indaiatuba). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (Residência pela Prefeitura Municipal de Sorocaba; 2017-2019)EAv. Eng. Fábio Roberto Barnabé, 2800- M.D., Indaiatuba- SP, 13331-900.E-mail: anneramos.unicamp@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6479-8838>

² Cirurgiã-Dentista / UNIMAR 1999 a 2002.Pós-doutorado em saúde coletiva Fop/UNICAMP.Docente da área de odontologia preventiva e social da FOUFU/UFU.1230, R. República do Piratini, 1102 - Umarama, Uberlândia - MG, 38405-266. E-mail: jaquelinebulgareli@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7810-0595>

³ Cirurgiã-dentista. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). 2009-2012. Mestrado em Clínica Odontológica (UFMS. 2014-2015). Doutorado em Odontologia (FOP/UNICAMP 2016-2018).Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser Av.Sen. Filinto Müller, 1480 - Pioneiros, Campo Grande - MS, 79074-460.E-mail: inara-pereira@hotmail.com .ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5330-6869>

⁴ Cirurgiã-dentista (Fundação Hemínio Ometto – Uniararas; 1995-1998).Mestrado e Doutorado em Odontologia pela FOP-UNICAMP.Professor doutor – Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP).Avenida Limeira, 901 Bairro: Areião CEP: 13414.903.E-mail: karinela@unicamp.br .ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9584-9477>

à Construção do Relatório de Gestão (SARGUSUS). Foi possível constatar que 606 cidades (93,95%) inseriram seus respectivos PMS no SARGUSUS, dentre as quais 04 (0,66%) cumpriram todos os itens estruturais estabelecidos nos parâmetros avaliados. Dentre os PMS analisados, 11 cidades (1,81%) descreveram a análise situacional, parâmetro este que expôs também um percentil pouco significativo no que se refere aos itens de fluxo de acesso (13,36%), gestão do trabalho e educação na saúde (17,98%) e ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde (9,57%). Além disso, 568 (93,72%) definiram suas diretrizes, objetivos, metas e indicadores, 126 municípios (20,79%) caracterizaram o processo de monitoramento e avaliação, e 156 (25,74%) apresentaram referências aos resultados de suas respectivas CMS. Foi possível notar que há deficiências no processo do planejamento municipal em saúde, o que infere na necessidade de se qualificar a gestão pública em saúde.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Gestão em Saúde. Administração em Saúde Pública.

ABSTRACT

This ecological study aimed to describe the characteristics of the Municipal Health Plans (PMS) of the municipalities of the State of São Paulo, for the period 2014 to 2017, according to the parameters established in Ministerial Ordinance n° 2.135, and to the Planning Manual of the Unified Health System Health (SUS). Data were collected through the electronic portal of the Management Report Construction Support System (SARGUSUS). It was possible to verify that 606 cities (93.95%) entered their respective PMS in SARGUSUS, among which 04 (0.66%) fulfilled all the structural items established in the evaluated parameters. Among the analyzed PMS, 11 cities (1.81%) described the situational analysis, a parameter that also exposed a negligible percentile with regard to the items of access flow (13.36%), work management and education in health (17.98%) and science, technology, production and innovation in health (9.57%). In addition, 568 (93.72%) defined their guidelines, objectives, targets and indicators, 126 municipalities (20.79%) characterized the monitoring and evaluation process, and 156 (25.74%) referred to the results of their respective CMS. It was possible to note that there are deficiencies in the municipal health planning process, which infers the need to qualify public health management.

Key Words: Health Planning. Health Management. Public Health Administration.

RESUMEN

Este estudio ecológico tuvo como objetivo describir las características de los Planes Municipales de Salud (PMS) de los municipios del Estado de São Paulo, para el período 2014 a 2017, de acuerdo con los parámetros establecidos en la Ordenanza Ministerial N ° 2.135, y en el Manual de Planificación del Sistema Único de Salud. Salud (SUS). Los datos fueron recolectados a través del portal electrónico del Sistema de Apoyo a la Construcción del Informe de Gestión (SARGUSUS). Se pudo constatar que 606 ciudades (93,95%) ingresaron sus respectivos PMS en SARGUSUS, entre las cuales 04 (0,66%) cumplieron con todos los ítems estructurales establecidos en los parámetros evaluados. Entre los PMS analizados, 11 ciudades (1,81%) describieron el análisis situacional, parámetro que también expuso un percentil insignificante con respecto a los ítems de flujo de acceso (13,36%), gestión del trabajo y educación en salud (17,98%) y ciencia, tecnología, producción e innovación en salud (9,57%). Además, 568 (93,72%) definieron sus lineamientos, objetivos, metas e indicadores, 126 municipios (20,79%) caracterizaron el proceso de seguimiento y evaluación, y 156 (25,74%) se refirieron a los resultados de sus respectivas CMS. Se pudo notar que existen deficiencias en el proceso de planificación en salud municipal, lo que infiere la necesidad de calificar la gestión de salud pública.

Palabras clave: Planificación en Salud. Gestión em Salud. Administración en Salud Pública.

1. Introdução

A gestão/administração pública em saúde corresponde à ordenação, direção e controle dos serviços governamentais de saúde, através do planejamento e aplicação de saberes no processo organizacional, com o objetivo de fornecer uma rede assistencial universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente^(1,2). Perante a grandiosidade e complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), os gestores buscam, continuamente, aprimorar os processos de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, corroborando para a consolidação e efetividade desse sistema majestoso. Dessa forma, uma das bases para o efetivo funcionamento da gestão corresponde ao planejamento em saúde, sendo este processo fundamental para a estruturação e organização da administração pública⁽³⁾. O planejamento consiste na definição do *modus operandi* necessário para que se alcance objetivos traçados previamente, com foco na melhoria das condições atuais⁽³⁾. A ausência do mesmo acarreta na desarticulação e inércia das ações e serviços, o que compromete o processo de trabalho do gestor, e, conseqüentemente, reflete negativamente nos interesses de saúde pública⁽²⁾. Perante as complexas e variadas adversidades na coordenação em saúde, é fundamental que os gestores tenham como base o planejamento em saúde, de forma a atenuar a complexidade e subsidiar as articulações referentes à dinamicidade das ações e serviços em saúde⁽⁴⁾.

Diante desse contexto, o SUS conta com o PLANEJASUS, que surgiu em 2006 com o intuito de reordenar as responsabilidades e atribuições perante o processo de planejamento em saúde⁽⁵⁾. Este Sistema de Planejamento do SUS manifesta em seu âmago, de modo claro e bem definido, instrumentos e processos facilitadores que servem de resguardo perante as tomadas de decisões no momento da construção do planejamento em saúde⁽⁶⁾.

Um desses instrumentos de planejamento corresponde ao Plano Municipal de Saúde (PMS), que se traduz como documento central norteador das ações e serviços de saúde, com periodicidade quadrienal, devendo contemplar os compromissos do governo, no âmbito da saúde, e emana das necessidades e características singulares do município⁽⁷⁾. Este instrumento, de exigência legal, aporta os objetivos, diretrizes, intenções políticas, prioridades, recursos financeiros, metas e indicadores do setor saúde, devendo ser consultado e conciliado com as necessidades locais do município, portanto, caracteriza-se também por ser flexível e dinâmico^(8,9).

Desta forma, esta ferramenta visa instrumentalizar o gestor diante das tomadas de decisões para o enfrentamento dos desafios das necessidades em saúde do município⁽⁸⁾. Além disso, a elaboração do PMS também se dá por meio da percepção da demanda que emana da população, através de mecanismos apropriados para esta escuta, como as Conferências Municipais de Saúde (CMS)⁽¹⁰⁾, que

devem ocorrer a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde, bem como propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes⁽¹¹⁾.

As ferramentas de gestão têm como propósito subsidiar as tomadas de decisão dos gestores de saúde, sendo primordiais na prática da administração pública em saúde. Sendo o Plano Municipal de Saúde a ferramenta norteadora das ações e serviços de saúde do município, faz-se necessário fortalecer, bem como desenvolver um olhar mais criterioso sobre este instrumento de gestão.

Considerando a relevância do planejamento para a prática da gestão pública em saúde, bem como a magnitude e significância do estado de São Paulo perante o cenário de saúde no Brasil, este estudo teve como objetivo descrever as características dos Planos Municipais de Saúde dos municípios do Estado de São Paulo, referentes ao período de 2014 a 2017.

2. Referencial Teórico

O PLANEJASUS, se caracteriza como valioso anteparo para as tomadas de decisão dos gestores, contribuindo para a consolidação do SUS, e conta com algumas ferramentas facilitadoras para este processo de atuação da gestão, com foco em aprimorar a resolubilidade e garantir qualidade das ações e serviços em saúde⁽⁵⁾. No que se refere aos instrumentos formulados e revisados periodicamente pelo PLANEJASUS, constam: o Plano de Saúde, e as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS); e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG)⁽⁵⁾.

O Plano de Saúde (PS), instrumento formulado de modo participativo e ascendente (cada esfera do governo deve apresentar seu respectivo plano), corresponde à ferramenta que se embasa na análise situacional para propor as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas⁽⁵⁾. Este instrumento é elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente⁽⁵⁾.

Sequencialmente, a Programação Anual de Saúde (PAS) corresponde à ferramenta que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, de acordo com o respectivo ano vigente, detalhando as ações auxiliares ao cumprimento dos objetivos propostos no PS, por meio de metas anuais, além dos indicadores e recursos financeiros que operacionalizam o plano⁽⁵⁾.

Por fim, o Relatório Anual de Gestão (RAG) se apresenta como ferramenta que explana os resultados alcançados com a execução da PAS, através do que se alcançou com relação aos objetivos, diretrizes e metas propostos no PS e na PAS, bem como da avaliação dos recursos orçamentários que estavam

previstos e como foram executados, servindo de anteparo para possíveis redirecionamentos necessários ao PS e subsequentes PAS⁽⁵⁾.

Com relação à análise de Planos Municipais de Saúde (PMS), acerca da construção desse instrumento de planejamento em saúde, a literatura aponta que, apesar da necessidade legal de se apresentar o PMS, é necessário aprimorar a construção, aplicação, monitoramento e avaliação do mesmo⁽¹²⁾, visto que é possível notar uma baixa efetividade deste instrumento de gestão quando se observa o que foi planejado e o que foi alcançado⁽⁹⁾. Além disso, PMS construídos com restrita capacidade por parte dos gestores acarretam em instrumentos genéricos e com pouca potência para nortear as ações e serviços em saúde⁽¹³⁾, expondo a fragilidade e necessidade de se aprimorar as habilidades dos envolvidos na elaboração do PMS⁽¹⁴⁾, bem como de se reparar a defasagem do processo de participação social na construção e no acompanhamento da execução do PMS, assim como em outros instrumentos de gestão⁽¹⁵⁾.

No que concerne à avaliação referente a caracterização dos itens estruturais que compõem o arcabouço do PMS, foram encontrados pouquíssimos referenciais na literatura, sendo que o estudo de maior alcance obtido no referencial teórico avaliou 35 municípios do estado do Rio Grande do Sul⁽¹³⁾. Com relação ao estado de São Paulo, há apenas um estudo descrito até o presente momento, que discorreu e caracterizou os PMS de 03 municípios do estado de São Paulo⁽⁸⁾.

3. Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico descritivo, e por englobar apenas dados de domínio público e acesso livre, foi obtido o parecer de dispensa do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP- UNICAMP), por meio do ofício nº 05/2021, de 08 de abril de 2021.

No que diz respeito às características socioeconômicas e demográficas, o estado de São Paulo possui 645 municípios, sendo majoritariamente composto por cidades de pequeno porte (n= 570), ou seja, municípios que possuem até 100 mil habitantes⁽¹⁶⁾. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita médio gira em torno de R\$ 33.696, ultrapassando o PIB per capita nacional, de R\$ 33.593⁽¹⁷⁾, e a média do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), corresponde a 0,740⁽¹⁸⁾. A divisão administrativa do Estado, no âmbito da saúde, se faz por meio dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), e desta forma, as cidades paulistas estão distribuídas em 17 DRS⁽¹⁹⁾.

A metodologia deste trabalho contemplou o processo de análise dos Planos Municipais de Saúde das cidades pertencentes ao estado de São Paulo. A coleta dos dados se deu por meio do acesso ao portal

eletrônico do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS)⁽²⁰⁾, durante o período de 13 meses (09/2019 a 10/2020). Foram excluídos do estudo 39 municípios que não apresentaram PMS com vigência de 2014-2017 no SARGSUS⁽²⁰⁾.

Figura 1. Portal eletrônico do SARGSUS (seleção do estado de São Paulo)⁽²⁰⁾.

The screenshot shows the SARGSUS portal interface. At the top, there is a navigation bar with 'BRASIL' and 'Acesso à informação'. Below this, the 'Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão' is displayed with the 'SARGSUS' logo and 'SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa'. A date 'Domingo, 2 de Maio de 2021' is shown. The main content area features a 'Mensagem Informativa' box with a red header 'PRAZO PARA REGULARIZAÇÃO DE RAG ANTERIORES A 2018' and a text block explaining the deadline for regularization of pending reports. To the right, there is an 'Acesso Público' section with an interactive map of Brazil. An arrow points to the state of São Paulo (SP) on the map. Further right, there are sections for 'Links interessantes' and 'Documentos'.

Figura 2. Portal eletrônico do SARGSUS (seleção do município e ano)⁽²⁰⁾.

The screenshot shows the SARGSUS portal interface with the 'Situação do Relatório Anual de Gestão - RAG' form. The form fields are: Estado: SAO PAULO; Tipo: Municipal; Município: PIRACICABA; Ano: 2013. Below this, there is a 'Situação do Relatório de Gestão - RDQA' form with fields: Estado: SAO PAULO; Tipo: Municipal; Município Quadrimestral: Selecione um Município; Quadrimestre: 1º Quadrimestre; Ano Quadrimestre: 2013. Two arrows point from the left towards the RAG form fields.

Dentro do sítio eletrônico do SARGSUS⁽²⁰⁾, foi selecionado o estado de São Paulo (Figura 1), e posteriormente, na aba de Situação do Relatório Anual de Gestão (RAG), foi escolhido o PMS de cada município do estado (Figura 2). Também foi utilizado o recurso disponível para filtrar o ano, sendo selecionados os anos de 2013 a 2017 para a busca dos documentos, com intuito de se coletar o

maior número possível de PMS, pois houveram municípios que anexaram seus planos previamente à vigência do mesmo, e outros anexaram durante a vigência do PMS (2014- 2017).

No que concerne ao processo de análise dos PMS, foi levado em consideração os parâmetros aplicados por Cruz et al.⁽¹²⁾. Estes autores utilizaram como ponto de partida alguns preceitos ministeriais. O primeiro deles corresponde a Portaria Ministerial nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece sobre a elaboração dos PMS, devendo ser orientada com base nos seguintes critérios:

I. Análise situacional:

- a) estrutura do sistema de saúde
- b) redes de atenção à saúde
- c) condições socio sanitárias
- d) fluxos de acesso
- e) recursos financeiros
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde
- g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão

II. Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores

III. Processo de monitoramento e avaliação⁽²¹⁾

Além disso, também foi utilizado como base para análise dos PMS o Manual de Planejamento do SUS⁽²²⁾, para se avaliar com mais precisão cada item apontado pela Portaria Ministerial nº 2.135⁽²¹⁾, explanados da seguinte forma:

Quadro 1. Parâmetros para análise do PMS, de acordo com o Manual de Planejamento do SUS⁽²²⁾.

ESTRUTURA DO PMS	CONTEÚDO A SER ANALISADO
I. Análise situacional:	---
a) Estrutura do sistema de saúde	Capacidade física instalada (pública e privada), englobando equipamentos, serviços, estabelecimentos e profissionais, além da oferta e cobertura das ações e serviços de saúde;
b) Redes de atenção à saúde	Indicadores e marcadores da atenção primária (ordenadora da rede), além dos indicadores das redes prioritárias para o sistema (materno-infantil, psicossocial, urgências, e demais redes que o município julgue como prioritária);
c) Condições socio sanitárias	Determinantes sociais de saúde, indicadores socioeconômicos, demográficos, de nascimento, mortalidade e morbidade;
d) Fluxo de acesso	Trajetos que o usuário perpassa pela rede de atenção;
e) Recursos financeiros	Recursos de investimento e custeio para o financiamento da rede;

f) Gestão do trabalho e da educação na saúde	Identificação do quantitativo de servidores, condições de trabalho, vínculos empregatícios, formação e qualificação profissional;
g) Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão	Apresentação das instituições voltadas para pesquisa, produção e inovação em saúde, sejam públicas ou privadas, bem como as capacidades técnicas destes estabelecimentos;
II. Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores	Descrição das escolhas estratégicas e prioritárias, pautadas nos indicadores epidemiológicos, bem como na estrutura da rede, levando em consideração quais aspectos serão submetidos à intervenções, e quais os desafios a serem enfrentados, identificando os parâmetros necessários para se mesurar tais intervenções;
III. Processo de monitoramento e avaliação	Apresentação detalhada de quais critérios serão utilizados como parâmetro para o acompanhamento periódico do PMS.

Devido ao grande volume de documentos encontrados, a fim de facilitar o processo de análise dos PMS, os dados analisados foram agrupados numa planilha no programa Microsoft Excel®, levando-se em consideração também a análise por ordem alfabética dos municípios paulistas. Os itens estruturais avaliados foram alocados em colunas, sendo que, para cada item estrutural contido no PMS, analisado de acordo com as diretrizes explanadas no quadro 1, foi atribuída a pontuação 1, e caso não houvesse o respectivo item estrutural, era vinculada a pontuação 0. Portanto, os municípios que cumpriram todos os itens e subitens estruturais determinados pelas diretrizes ministeriais atingiram a pontuação máxima de 09 pontos. No caso da análise situacional, por apresentar 07 subitens, estes foram dispostos em 07 colunas, sendo que o PMS que cumpriu totalmente este item estrutural, alcançou o total de 07 pontos (ou seja, alcançou todos os subitens referentes à análise situacional). As colunas referentes aos outros dois pilares dos itens estruturais, (definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e processo de monitoramento e avaliação), por não apresentarem subitens, tiveram a pontuação 1 como nota máxima alcançada pelos PMS que suprimiram estes itens, respectivamente. Dentro da análise dos PMS, também foi levado em consideração a participação social no processo de construção desta ferramenta através das propostas provenientes das respectivas Conferências Municipais de Saúde (CMS). Este parâmetro foi avaliado de modo objetivo, sendo considerados como critérios: a menção direta das propostas oriundas das Conferências Municipais nos PMS; ou trechos textuais inseridos nos PMS explanando o embasamento do documento nas propostas aprovadas pelas respectivas CMS.

4. Discussão e Análise dos Resultados

Dos 645 municípios pertencentes ao estado de São Paulo, 606 (93,95%) apresentaram o PMS (2014-2017) no portal eletrônico do SARGSUS⁽²⁰⁾. No que diz respeito à estruturação do documento, apenas 4 cidades contemplaram todos os itens necessários para a formulação do PMS (0,66%). Neste estudo, foi possível observar que, diante da obrigatoriedade do cumprimento dos itens estruturais da Portaria Ministerial nº 2.135⁽²¹⁾, a distribuição do alcance dos referidos itens se apresenta na tabela 1.

Tabela 1. Quantitativo de municípios do estado de São Paulo (n=606) que cumpriram os requisitos da Portaria Ministerial nº 2.135.

Itens Estruturais	n	%
Análise situacional	11	1,81
Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores	568	93,72
Processo de monitoramento e avaliação	126	20,79

Fonte: dados da pesquisa, 2021

Ao analisar o parâmetro da análise situacional, de modo geral, foi observado que apenas 11 cidades (1,81%) contemplaram todos os subitens estruturais deste quesito, e 82 municípios não descreveram nenhum item deste parâmetro (13,53%). Diante da definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, pode-se avaliar que, 568 cidades (93,72%) caracterizaram corretamente este item em seus respectivos PMS. Quanto ao processo de avaliação e monitoramento, foi constatado que 126 municípios (20,79%) detalharam este indicador.

Quanto à análise sobre cada item sequencial referente à estrutura do PMS, os dados obtidos se distribuíram conforme o exposto no gráfico 1.

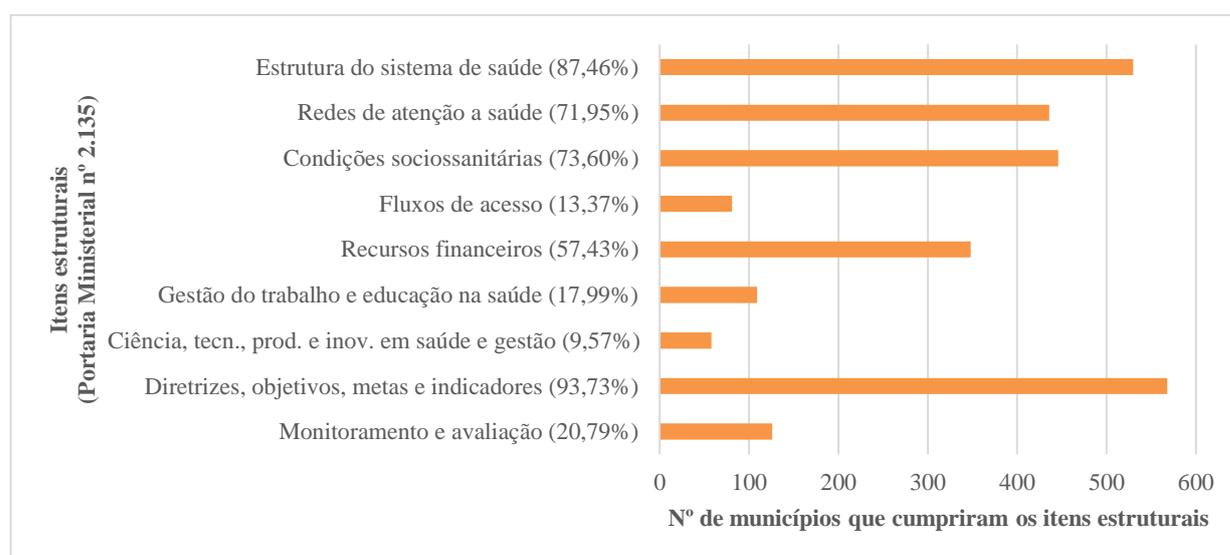


Gráfico 1: Quantitativo de municípios que preencheram os itens estruturais do PMS.

No que tange ao item referente à estrutura do sistema de saúde, 530 cidades paulistas (87,45%) detalharam quais são as ações e serviços ofertados pelo município, além da estrutura física e funcional.

Quanto ao detalhamento das redes de atenção à saúde, observou-se que 71,94% dos PMS (n=436) descreveram quais foram suas respectivas redes prioritárias, bem como destacaram a atenção primária no sistema municipal.

Observou-se também, que 446 cidades (73,59%) caracterizaram em seus PMS, suas condições socio sanitárias, englobando seus indicadores locais de saúde, sociais, demográficos e econômicos. Com relação aos fluxos de acesso, apenas 81 cidades (13,36%) evidenciaram seus fluxos assistenciais contidos em suas redes de saúde.

Sequencialmente, também foi analisado o item referente aos recursos financeiros, sendo observado que 57,42% (n=348) dos PMS delinearam seus planejamentos financeiros para custear o sistema de saúde.

Também foi possível observar que, na análise sobre a gestão do trabalho e educação na saúde, 109 municípios (17,98%) contemplaram este item, descrevendo suas características inerentes ao quadro de trabalhadores, bem como os meios de formação profissional.

Além disso, apenas 9,57% (n=58) dos PMS apresentaram as respectivas particularidades sobre o tópico de ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde, abrangendo seus polos referentes à estrutura de apoio técnico e inovador.

Apesar do processo de construção do PMS ter a obrigatoriedade de incluir a participação social, apenas 156 cidades (25,74%) ressaltaram os resultados de suas respectivas Conferências Municipais de Saúde.

O PMS, instrumento de obrigatoriedade legislativa, deve ser construído a partir das necessidades locais em saúde, e propor as diretrizes, objetivos e metas para guiar as tomadas de decisão da gestão. Em 2017, no estado de São Paulo, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), com o intuito de facilitar o processo de construção de tais planos, desenvolveu um manual prático que descreve o passo a passo para a confecção de tal instrumento⁽¹⁰⁾.

Ao analisar as características inerentes à estrutura do sistema de saúde, foi possível identificar as ofertas e coberturas das ações e serviços, bem como a capacidade instalada, através da descrição dos estabelecimentos pertencentes ao sistema (público ou privado), além dos equipamentos e quadro de funcionários da área da saúde. Este achado se proporciona aos achados de Cruz et al.⁽¹²⁾, que apresentaram o percentil de 83,33% na análise deste parâmetro.

No âmbito das redes de atenção à saúde (RAS), foi possível observar que os municípios que contemplaram este item, de fato, descreveram suas redes prioritárias, bem como seus indicadores que evidenciam a atenção primária (AP) como ordenadora do sistema. De fato este nível de atenção do SUS deve assumir o papel de ser a principal porta de entrada do usuário no serviço de saúde e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede⁽²³⁾, e apesar da evidenciação e do destaque para a atenção primária no PMS, há uma ambiguidade entre o referencial documental e a prática do serviço, pois a AP ainda enfrenta muitos percalços para que consiga cumprir sua função de organizadora e coordenadora do cuidado em saúde, sendo que, uma das vertentes que justificam essa deficiência corresponde à falta de profissionalização da gestão^(13,24).

Observou-se, também, que as condições socio sanitárias, quando descritas nos PMS, contidas na análise situacional, englobaram os indicadores de natalidade, mortalidade, morbidade, além dos dados socioeconômicos e demográficos, seus determinantes sociais de saúde, e dados referentes aos grupos populacionais de maior vulnerabilidade. Torna-se válido e fundamental exercer a busca por tais indicadores e analisar tais dados, afinal, são estas informações que impulsionam as escolhas referentes às diretrizes, objetivos e metas para as ações e serviços que entrarão em vigor no sistema municipal de saúde⁽²⁵⁾.

Com relação aos fluxos de acesso, foi possível constatar que os municípios que abrangeram este parâmetro, evidenciaram o circuito percorrido pelo usuário dentro do sistema de saúde, constituindo o fluxo assistencial da rede. Apesar da significância desse quesito, a defasagem de informações a respeito desse tópico documental pode constituir-se como prejudicial à população, uma vez que o fluxo deve ser compreendido para ser executado pelos usuários da rede de saúde, garantindo o princípio da equidade⁽²⁶⁾.

Além disso, os PMS que atenderam ao parâmetro dos recursos financeiros, detalharam seus recursos de investimento e custeio necessários para o financiamento do sistema municipal de saúde. Porém, é válido lembrar que as metas estabelecidas devem estar em consonância com o quadro orçamentário do município, pois caso contrário, o PMS torna-se apenas um instrumento burocrático no âmbito do planejamento em saúde⁽⁸⁾.

As cidades que englobaram o item referente à gestão do trabalho e educação na saúde descreveram o quantitativo de servidores, contemplando seus vínculos de trabalho, qualificação e formação profissional, além dos centros formadores. Os valores singelos encontrados neste estudo refletem acerca da representatividade da realidade do cenário brasileiro, que corresponde à carência de

investimentos no campo da educação permanente, e abre campo para se refletir sobre a associação da prática do processo de trabalho com os espaços necessários para a elaboração do exercício de aprendizado no cotidiano⁽²⁴⁾. Quando se há lacunas referentes ao usufruto da educação permanente na prática do gestor, há de fato uma implicação deficitária no contexto do processo de elaboração sistemática do PMS⁽⁸⁾.

No que se refere ao quesito de ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde, os PMS que atenderam a este item abordaram sobre a distribuição das instituições de amparo técnico, de pesquisa e inovação no âmbito da saúde, seja na esfera pública ou privada. Essa defasagem de informação não condiz com o cenário do estado de São Paulo, afinal, o estado é detentor de um dos maiores polos educacionais na área da saúde, além da área de tecnologia, o que evidencia lacunas alarmantes no processo da construção do PMS⁽²⁷⁾.

Diante da análise acerca da definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores, as cidades que descreveram este parâmetro, identificaram em seus PMS os compromissos e responsabilidades diante das condições de saúde da população local. Este dado se apresentou divergente do encontrado por Cruz et al.⁽¹²⁾, que correspondeu a apenas 16,66%. Possivelmente, este item estrutural teve mais peso no processo de construção do PMS, pois é o quesito que mais implica diretamente na definição das ações que facilitarão as tomadas de decisão no período de vigência do plano.

Quanto ao parâmetro referente ao processo de monitoramento e avaliação, pode-se observar que, nos municípios que contemplaram este requisito, foi destacado que, efetivamente, este processo deve redirecionar as ações e serviços em saúde de acordo com o comportamento dos indicadores, alcance das metas. Neste quesito, deve-se ressaltar que para haver avanços é necessário reconhecer e identificar as limitações, e estudar os possíveis caminhos para o redirecionamento das propostas definidas na construção do PMS, promovendo a melhoria do processo de gestão em saúde. O plano também se caracteriza por ser um instrumento com potencial de dinamicidade e flexibilidade perante o enfrentamento das demandas em saúde⁽⁸⁾.

Outro fator analisado dentro dos PMS foi acerca da participação social no processo de construção de tal instrumento de gestão, através das propostas advindas das respectivas Conferências Municipais de Saúde. Há de se compreender que o processo de planejamento em saúde, quando não embasado na demanda emanada da realidade local de saúde, por meio de tais conferências, conseqüentemente gera como subproduto tomadas de decisão incoerentes com a demanda situacional. O intuito de tal processo coletivo é justamente fomentar o planejamento em saúde, para que este processo seja pautado na realidade situacional das condições de saúde do município, por meio da legitimação das

decisões políticas e da promoção do exercício participativo da população, assegurando assim o direito à saúde⁽²⁸⁾.

Dentre as limitações deste estudo, na metodologia, a análise dos PMS se deu por meio de apenas 01 examinador. Além disso, houve a necessidade de acessar outros tipos de documentos inseridos no SARGSUS pelos respectivos municípios paulistas para identificar quais de fato correspondiam ao PMS, pois houve municípios que nomearam o PMS como Plano Plurianual, porém dentro do documento havia a identificação do mesmo como PMS.

Pode-se observar que, apesar de 606 municípios do estado de São Paulo terem apresentado o PMS (2014-2017) no portal eletrônico do SARGSUS⁽²⁰⁾, ainda há muitas lacunas a serem reparadas nesse âmbito, visto que apenas 04 cidades contemplaram todos os itens estruturais necessários aos planos, expondo de modo nítido uma deficiência no planejamento em saúde. O COSEMS/SP elaborou um guia, em 2017, para facilitar este processo, mesmo com a existência da Portaria Ministerial nº 2.135⁽²¹⁾ e o Manual de Planejamento do SUS⁽²²⁾, que já amparavam a elaboração do PMS. Apesar da necessidade legal de apresentar o PMS, é primordial aperfeiçoar a construção, aplicação, monitoramento e avaliação do mesmo, com foco na instituição de uma cultura de planejamento no âmbito da gestão em saúde, além de promover e fomentar uma maior participação social nesse processo. Faz-se necessário aprimorar as habilidades dos envolvidos na elaboração do PMS, afinal, quando construídos com restrita capacidade por parte dos gestores, se tornam instrumentos genéricos e com pouca potência para nortear as ações e serviços em saúde, sendo a educação permanente uma potencialidade para aperfeiçoar o processo de construção desse instrumento de gestão. É preciso que o planejamento seja conciso com as fragilidades em saúde para que alcance resultados eficazes e satisfatórios, de modo a obter uma maior resolutividade das demandas locais de saúde.

A validação deste instrumento norteador deve ser levada em consideração no processo de trabalho da gestão pública em saúde, afinal, o planejamento impacta na prática das ações e serviços em saúde, interferindo, conseqüentemente, na qualidade de vida dos usuários do SUS, devendo ser observado também os requisitos de ordem legal para que se cumpra as determinações estabelecidas pela lei, afinal, o PMS é um documento de cunho obrigatório.

Este trabalho se propôs a caracterizar os Planos Municipais de Saúde, referentes ao período de 2014 a 2017, dos municípios pertencentes ao estado de São Paulo. Dentre os PMS analisados, foi possível inferir que há uma considerável defasagem no processo de planejamento em saúde, a nível municipal, e que ainda há lacunas a serem supridas no âmbito da administração pública em saúde, principalmente no que tange aos instrumentos de gestão. Desta forma, nota-se que urge a necessidade de aprimorar

as aptidões dos gestores em saúde por meio da qualificação através da implementação de ações de educação permanente, visando o processo de construção, levando em consideração a validade e a relevância dos PMS, mediante os requisitos legais já estabelecidos por lei, facilitando as tomadas de decisão da gestão pública em saúde, perante as singularidades de cada município.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A Gestão Administrativa e Financeira no SUS. Brasília; 2011.
2. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. Rev Gest Sist Saúde. 2015;4(1):100-109.
3. Chorny AH, Kuschnir R, Taveira M. Planejamento e programação em saúde: texto para fixação de conteúdos e seminário. FIOCRUZ/ENESP; 2008.
4. Berretta IQ, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad Saude Publica. 2011;27(11):2143-54.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva- trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
6. Carvalho M, Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde em Debate. 2013;37(98):372-387.
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. Brasília; 2003.
8. Saliba NA, Garbin CAS, Gonçalves PE, Santos JG, de Souza NP, Moimaz SAS. Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. Biosci J. 2013;29(1):224-30.
9. Carvalho ER. Gestão do SUS em Salvador/BA: análise do plano municipal de saúde 2014-2017 e seus impactos na prestação dos serviços de saúde. Cad CEAS. 2019;246: 121-39.
10. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP). Plano Municipal de Saúde- roteiro [internet]. São Paulo. 2017. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias-site-antigo/cosems-sp-produz-roteiro-com-sugestoes-para-elaboracao-do-plano-municipal-de-saude/>.
11. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 dez 31.

12. Cruz CSS, Dupim SLM, Nascimento AND, Ribeiro LCC, Roque RS. Análise dos Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina no período de 2014 a 2017. Revista Vozes dos Vales. 2017.
13. Mottin LM. Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para os municípios- um estudo no Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 1999.
14. Nunes LG. Um estudo do plano municipal de saúde dos municípios da região de saúde Nanuque-MG [monografia]. Timóteo: Universidade Federal de São João Del-Rei. 2018.
15. Fuginami CN, Colussi CF, Ortiga AMB. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. Saúde em Debate. 2020;44(126):857-70.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil: IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp.html>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil: IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=pib-por-municipio>.
18. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Brasil: PNUD, IPEA, FJP. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>.
19. São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 2006.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) [internet]. Disponível em: https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS_TOKEN=GPCQ-82LJ-FLCQ-OE20-41EZ-XRPN-K4QA-80FN.
21. Brasil. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2013 set 26.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília; 2016.
23. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66:158-64.

24. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. Escola Anna Nery. 2017; 21(4): e20160317.
25. Galindo AC, Gurgel AM. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI regional de saúde de Pernambuco. Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde. 2016;10(4).
26. Batagini CLM. A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde: o caso do Rio Grande do Sul [monografia]. Universidade Federal de Goiás. 2017.
27. Escobar H. Dados mostram que ciência brasileira é resiliente, mas está no limite. São Paulo: Jornal da USP; 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=425214>.
28. Oliveira AMC, Dallari SG. Conferências Locais de Saúde de Belo Horizonte: dinâmica, efetividade e contribuições para o Plano Municipal de Saúde. Saúde em Debate. 2016;40 (111).

Participação dos autores na elaboração do artigo original

Autor 1: Trabalhou no desenvolvimento da escrita, busca e coleta de dados.

Autor 2: Trabalhou nas correções e sugestões para elaboração da escrita.

Autor 3: Trabalhou nas correções e sugestões para elaboração da escrita.

Autor 4: Trabalhou na supervisão, correções e sugestões para elaboração da escrita.