



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CAMILA ANTUNES SAVI**

**CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA  
ELABORAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM SANTA CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS**

**2019**

Camila Antunes Savi

**CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS: A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA  
ELABORAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM SANTA CATARINA**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina:  
Trabalho de Conclusão de Curso II (INT5182) do Curso  
de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção  
do Grau de Enfermeira.

Orientadora: Profa. Dra. Felipa Rafaela Amadigi

**Florianópolis**

**2019**

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

Antunes Savi, Camila

Controle Social na gestão do SUS: : A participação popular na elaboração dos planos municipais de saúde em Santa Catarina / Camila Antunes Savi ; orientadora, Felipa Rafaela Amadigi, 2019.

49 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

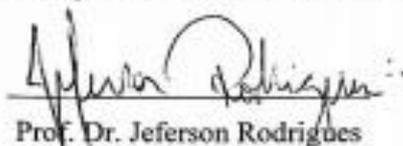
1. Enfermagem. 2. Planejamento em Saúde. 3. Plano de Saúde. 4. Controle social formal. 5. Participação popular. I. Rafaela Amadigi, Felipa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Camila Antunes Savi

**CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS: A PARTICIPAÇÃO POPULAR  
NA ELABORAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA  
CATARINA**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Enfermeira e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 25 de Junho de 2019.



Prof. Dr. Jeferson Rodrigues

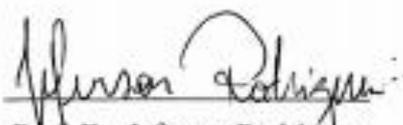
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

**Banca Examinadora:**



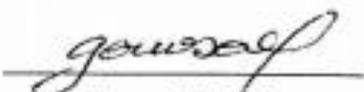
Profa. Dra. Felipa Rafaela Amadigi

Presidente da banca e Orientadora



Prof. Dr. Jeferson Rodrigues

Membro Efetivo



Gerusa Machado

Membro Efetivo

Dedico este trabalho a tod@s os usuários do SUS, atores indispensáveis no processo de planejamento e avaliação das ações e serviços do nosso Sistema de Saúde.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar nos momentos de alegria, mas também ser mentor em meus momentos difíceis. A elaboração de um trabalho de conclusão de curso exige muito amor pelo tema escolhido, estudo e dedicação. E por falar em dedicação, meu agradecimento especial eu faço a minha família: meu marido Frederico e minha amada filha Helena. Obrigada pela paciência de entenderem a minha ausência durante a elaboração desse trabalho, e por me amarem de forma tão intensa, principalmente nesse momento da reta final de graduação. Com vocês eu me sinto ainda mais forte e protegida.

Agradeço ao meus pais e minhas irmãs por me incentivar e me apoiar para que a graduação pudesse, enfim, ser concluída. Todos vocês me inspiram, cada um a seu modo de ser, com sua qualidade única.

Quero agradecer aos amigos que estiveram presente durante toda a minha jornada da graduação, especialmente à amiga Amanda Souza, que me apoiou e me incentivou em todos os momentos para que chegássemos juntas ao fim da graduação.

Agradeço à professora Francine Lima Gelbcke, que com toda a sua sabedoria de professora me acolheu durante os difíceis das etapas finais do último estágio da faculdade, de forma compreensiva e solidária. Agradeço por fim, à minha orientadora Felipa Rafaela Amadigi por toda a paciência, ensinamento e acolhimento, que em diversas vezes foi essencial para estabilizar minha ansiedade pela busca de um excelente trabalho.

SAVI, Camila Antunes. **Controle social na gestão do SUS: em análise a participação popular na elaboração dos planos municipais de saúde.** 46f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Felipa Rafaela Amadigi.

## RESUMO

Os municípios ganharam relativa autonomia na gestão da saúde dos seus territórios durante o processo de consolidação do SUS, sendo responsáveis pela elaboração do plano municipal de saúde, cujo instrumento norteia a construção de políticas públicas de saúde. A participação social no SUS tem fundamental papel na elaboração dos planos de saúde em conjunto com os gestores. O presente trabalho tem o objetivo de identificar as formas de participação popular na elaboração dos Planos de Saúde dos municípios do estado de Santa Catarina. Metodologia: Estudo de caráter exploratório-descritivo e documental, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em planos de saúde de municípios, com vigência de execução 2018-2021, com população acima de 20.000 habitantes. Das categorias analisadas, destacaram-se os seguintes recortes: taxas de aprovação do plano por parte dos conselhos, o não seguimento das diretrizes aprovadas nas conferências nacional/municipais de saúde e a não adesão dos indicadores de saúde pactuados pela CIT para o exercício de 2017-2021. Os resultados mostram a necessidade da adoção de uma nova visão acerca da importância da elaboração dos planos para a realização da análise crítica sobre a situação de saúde dos seus territórios, bem como, a importância da realização das conferências de saúde por parte dos municípios, das diretrizes pactuadas nesses espaços. É fundamental que os atores sociais, representados através de seus conselhos de saúde, passem constantemente pelo processo de capacitação técnica para fortalecer o exercício do controle social.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Planejamento em Saúde. Plano de Saúde. Controle Social Formal. Participação Popular.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CIT-** Comissão Intergestora Tripartite

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**CMS** - Conselho Municipal de Saúde

**CENDES-** Centro de Desenvolvimento

**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde

**SARGSUS-** Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS

**SC** - Santa Catarina

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Princípios do Planejamento do SUS.....	11
Quadro 2 - Principais normas sobre Planejamento governamental no SUS.....	13
Quadro 3 - Temas orientadores para Análise Situacional de Saúde.....	22
Quadro 4- Categorias de análise dos dados.....	29
Tabela1 – Municípios selecionados para compor a amostra do estudo.....	28
Tabela 2- Tabela com os planos entregues e as respectivas aprovações.....	34
Tabela 3- Análise dos planos referentes aos itens da categoria 2.....	35
Tabela 4 – Análise dos planos referentes aos itens da categoria 3.....	36
Gráfico 1- Entrega dos planos de saúde por município.....	34

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	17
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
3.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE E NO SUS.....	18
3.2 PLANO DE SAÚDE .....	22
3.3 CONTROLE SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE DO SUS.....	25
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	27
4.2 FONTES DO ESTUDO.....	28
4.3 AMOSTRA.....	28
4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	29
4.5 CUIDADOS ÉTICOS .....	30
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE A – TABELA DOS MUNICÍPIOS DA AMOSTRA.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O modelo de Participação e Controle Social, vigente no Brasil, desde a década de 1980, foi transformado e ampliado em decorrência dos movimentos sociais que lutavam pelo acesso democrático à saúde, levando à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado através da Constituição Federal de 1988. (ROLIM et.al., 2013)

A criação do SUS permitiu a ampliação da atenção à saúde para toda a população, sendo, esta, assegurada pelos princípios e diretrizes constitucionais da Universalidade de acesso aos serviços de saúde, Integralidade da assistência, Equidade, Descentralização administrativa, Regionalização, Hierarquização e Participação da Comunidade. (BRASIL, 1990)

O SUS foi a primeira política pública a adotar constitucionalmente a participação popular como um dos seus princípios, ampliando desta forma, a sua institucionalização para outros espaços, como as Conferências e Conselhos de Saúde. (CONASS, 2003) As Conferências de Saúde se constituem em espaços de encontro entre usuários, profissionais da saúde e demais atores sociais visando a discussão da saúde e a formulação de diretrizes para políticas públicas da área. (BRASIL, 2016) Os Conselhos de Saúde possuem caráter de órgão colegiado e deliberativo, composto pela união de diversos setores da sociedade, atuando a partir da construção de estratégias, de fiscalização e controle permanente da execução política e planejamento do SUS. No Planejamento em Saúde, os Conselhos exercem papel fundamental na construção de políticas públicas de saúde, sendo o processamento, uma indispensável ferramenta no processo de consolidação do SUS. (CONASS, 2013)

Ao longo da história do SUS, os municípios ganharam significativa autonomia e responsabilidade na descentralização das ações e serviços de saúde, tornando-se importantes atores na gestão do sistema. Através dessa emancipação, os municípios têm garantida a transferência de recursos financeiros por parte da União para a manutenção de estratégias e programas essenciais, bem como, o recebimento do montante total correspondente ao limite financeiro programado para o município. (CONASS, 2003)

No ano de 1996 foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), que orientaram o processo de implantação e organização do SUS, versando inclusive sobre a autonomia dos municípios na gestão. A NOB/SUS 01/96 foi responsável pela normatização da descentralização dos municípios, redefinindo suas responsabilidades, e estabelecendo as

prerrogativas e requisitos exigidos para o exercício das condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios. Estabeleceu que, a partir do período que o município adere a responsabilidade de gestor pleno da Atenção Básica existem diversos requisitos a serem cumpridos. No âmbito do planejamento municipal especialmente, exige-se a elaboração e o uso dos instrumentos de gestão. (BRASIL, 1996)

Dentre os principais instrumentos, que estão conectados ao planejamento, o Plano Municipal de Saúde se constitui como principal ferramenta para a consolidação do processo de planejar, uma vez que, apresenta o compromisso da gestão, especifica a análise de situação de saúde do território e define objetivos, metas a serem alcançadas e os indicadores pelos quais os resultados serão monitorados. (BRASIL, 2016)

O Controle Social exercido através das conferências e dos conselhos de saúde tem importante papel na construção e posterior acompanhamento dos planos de saúde. As conferências de saúde acontecem com a finalidade de debater e formular as diretrizes que devem nortear os planos e os conselhos de saúde possuem a responsabilidade de aprovação e monitoramento das ações e recursos financeiros. (BRASIL,2016)

Atualmente, o SUS vem sofrendo considerável processo de desmonte em consequência do progressivo contingenciamento nos orçamentos, assim como, em sua estrutura organizacional. Portanto, este trabalho justifica-se pela relevância das competências do Controle Social, para os gestores e, principalmente para os usuários do sistema, no que tange a luta pela manutenção das diretrizes e princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde Brasileiro. Dessa forma, este estudo busca responder a questão de pesquisa: *“Como se dá a participação social na elaboração dos planos municipais de saúde?”*

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Descrever como ocorre a participação social na elaboração dos Planos Municipais de Saúde.

### **2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Identificar os Planos de Saúde de municípios com população acima de 20.000 habitantes no estado de Santa Catarina.
- Identificar as formas de participação popular na elaboração dos Planos de Saúde tendo como base os Planos Municipais.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O formato de Revisão de Literatura escolhido para este estudo é o modelo de Revisão Narrativa/Tradicional, tendo em vista, sua apropriação para a fundamentação teórica de Trabalhos de Conclusão de Curso. (CORDEIRO, 2007)

“A revisão de literatura deve conter informações atuais sobre a problemática a ser estudada, razão pela qual se torna muito importante para o pesquisador que se inicia na Pesquisa Científica, porque o auxilia a definir com precisão o objeto de sua investigação, e também lhe mostra se a pesquisa que realiza pode trazer uma nova contribuição ou conhecimento”. (CIRIBELLI, 2003, p.88)

O objetivo da Revisão Literária é buscar, apresentar e aprofundar os temas discutidos nesse estudo, de modo que sirva como ferramenta para a ampliação do conhecimento acerca dos tópicos relacionados ao tema, buscando inclusive informações atualizadas sobre o assunto.

A Revisão de Literatura foi realizada através de livros da área de gestão em saúde, manuais de planejamento em saúde de diversos estados brasileiros e do Ministério da Saúde, artigos em bases de dados e documentos oficiais do governo brasileiro como Leis, Decretos e Portarias, bem como, autores considerados referências nas áreas de gestão em saúde e planejamento.

#### 3.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE E NO SUS

O exercício de planejar, na América Latina, a partir da década de 1920, era visto como uma ferramenta do estado para promover o desenvolvimento social e econômico. Para que os países Latinos assegurassem seus avanços, eram necessárias transformações sociais, políticas e econômicas. Desta forma, a educação, a modernização da administração pública e a saúde foram referenciadas como elementos transformadores do desenvolvimento da região. (LACERDA et.al., 2013)

Na saúde, sua expansão se dá nos anos 60, a partir da necessidade de qualificar a gestão das políticas sociais. Diversos autores latinos discorreram e aprofundaram sobre o tema, de tal forma, que influenciaram a construção de sistemas públicos de saúde e diversas Reformas Sanitárias em seus países, contribuindo inclusive para a consolidação das práticas de planejamento em saúde. Ainda na década de 1960, na Venezuela, o método de planejamento em saúde CENDES/OPAS, foi amplamente utilizado pelos sistemas nacionais de saúde no

continente americano. O método CENDES tinha como proposta elencar prioridades, que serviam de guia para as intervenções necessárias, visando otimizar os recursos. Por quase uma década, o método foi largamente utilizado e referenciado como modelo para o planejamento em saúde. (RIVERA, 2009; CHORNY et. al. 2008)

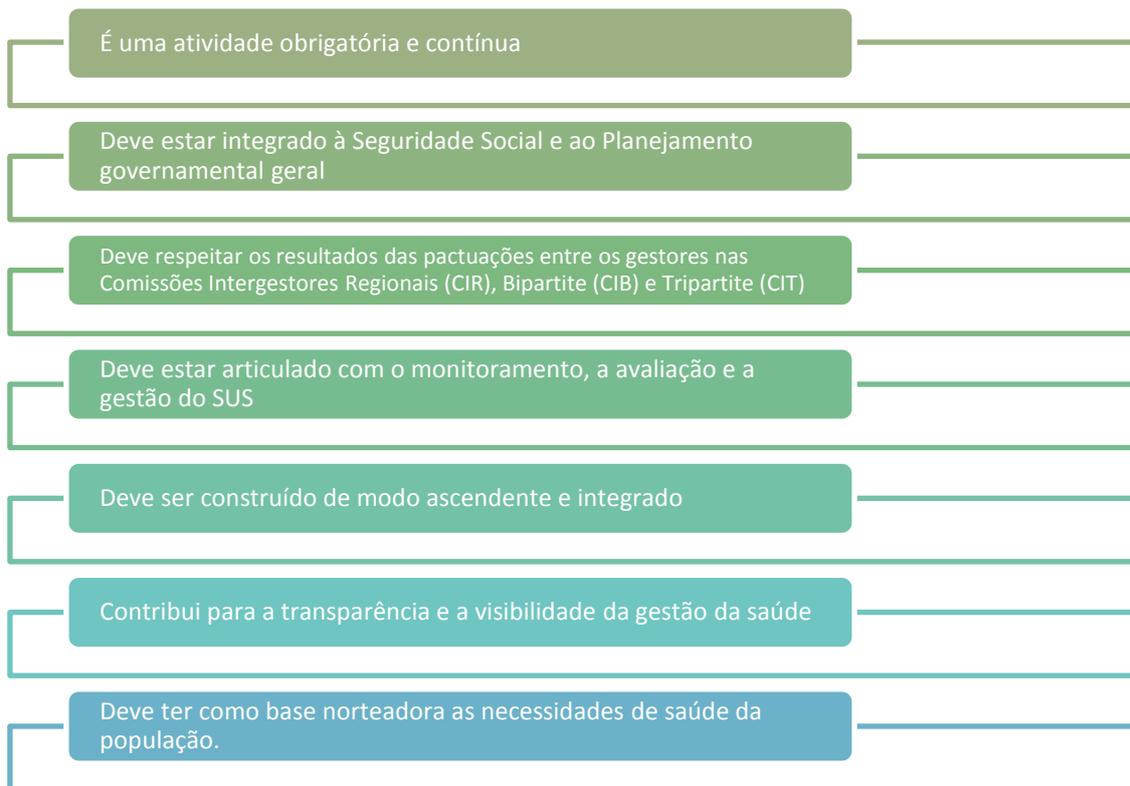
Entretanto, a partir da década de 1970 e 1980 nascem outras formas de realizar o planejamento em saúde, pois o método CENDES/OPAS perdeu relevância, por consequência dos fracassos resultantes da visão normativa até então adotada, bem como, o fato do planejador atuar de forma isolada sem considerar outros atores, a dificuldade em se obter informações adequadas, e também o foco restrito na produtividade econômica, em uma área tão particular como a da saúde, contribuíram para a perda de consenso entre os especialistas. (TANCREDI et. al, 1998)

No Brasil, outro método foi amplamente difundido; o Planejamento Estratégico. Nessa concepção as orientações e estratégias são definidas a partir de conjunturas e equilíbrio de poder, se caracteriza pela conciliação da ação sobre uma realidade complexa, a partir de um olhar estratégico e situacional, considerando os diversos atores envolvidos, e a utilização de mecanismos operacionais para o enfrentamento dos problemas. (TANCREDI et.al, 1998; MATUS, 1993; BRASIL, 2016)

Atualmente, no Brasil, o planejamento em saúde no SUS é realizado através das Programações de Saúde e de instrumentos complementares de gestão. As Programações operacionalizam os objetivos expressos no Plano de Saúde com o objetivo de anualizar as metas propostas nos planos e prever os recursos orçamentários que serão executados. Detalha as ações e serviços de saúde e a relação nacional de medicamentos essenciais, os indicadores de saúde, as metas anuais e a previsão de recursos. As três esferas do governo são responsáveis pelo processo de planejar, e este deve ser ascendente e integrado, devendo cada ente federado levar em conta as atividades das demais esferas a fim de alcançar a complementaridade e funcionalidade do sistema, contribuindo então para a sua consolidação. (BRASIL, 2016)

O quadro abaixo apresenta os Princípios do Planejamento do SUS:

Quadro 1: Princípios do Planejamento do SUS



Fonte: (BRASIL, 2016)

A obrigatoriedade e legalidade do planejamento em saúde estão amparadas através de Leis, Decretos e Portarias Ministeriais. O quadro -2 apresenta o histórico da legislação aplicável ao processo de planejamento do SUS.

Quadro 2: Principais normas sobre Planejamento governamental no SUS

Legislação	Disposições sobre Planejamento em Saúde
<i>Art. 36 da Lei n° 8.080, de 1990</i>	Determina que o Processo de Planejamento e orçamento do SUS deve ocorrer de forma ascendente desde os municípios até a União. Define o Plano de Saúde como ferramenta base do Planejamento. Confere ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a competência de criar as normas básicas para a elaboração dos planos.
<i>Lei n° 8.142, de 1990</i>	Estabelece as Conferências como fóruns para avaliar a saúde, assim como, para a proposição de diretrizes para o desenvolvimento das políticas de saúde, em todas as esferas de maneira ascendente. E condiciona que para o recebimento de transferências de recursos através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) os Planos de Saúde sejam elaborados.

<b><i>Emenda Constitucional n° 29, de 2000</i></b>	Prevê a exigência de aplicação em saúde, através de recursos fiscais mínimos estabelecidos, por parte das três esferas, a fim de financiar as ações e serviços de saúde no SUS.
<b><i>Portaria n° 4.279, de 2010</i></b>	Define as características básicas e operacionais do processo de organização das Redes de Atenção à Saúde e as normativas para sua efetivação, com o objetivo de regionalizar as ações e serviços de saúde, com a garantia da integralidade do cuidado.
<b><i>Decreto n° 7.508, de 2011</i></b>	Instrumento que objetivou regularizar a Lei 8.080 nos aspectos de assistência à saúde, organização do SUS, do planejamento em saúde o definindo como rotina obrigatória de todos os entes federativos.
<b><i>Resolução CIT n° 01/2011</i></b>	Nessa resolução são estabelecidas as orientações para a implementação das regiões de saúde as colocando como o centro do planejamento para municípios, estado, Distrito Federal e União. As Comissões Intergestoras Bipartite ,Tripartite e Regional como espaço de discussão e deliberação de diversos assuntos relacionados ao planejamento com a finalidade de promover a integralidade e uniformidade das ações.
<b><i>Lei Complementar n° 141, de 2012</i></b>	Esse importante dispositivo trata da regulamentação do art.198 da Constituição Federal, o qual instituiu os valores mínimos a serem aplicados em serviços e ações de saúde, por parte dos entes federados. Trata também da elaboração dos critérios de divisão dos recursos da União referentes à saúde destinados aos Estados e municípios e dos Estados a seus respectivos Municípios, com o intuito de diminuir as diferenças regionais no âmbito da saúde.
<b><i>Portaria n° 2.135, de 2013</i></b>	Instrumentaliza as diretrizes para o processo de planejamento, definindo o Plano de Saúde, as Programas Anuais e o Relatório de Gestão como ferramentas essenciais para o planejamento em saúde.

Fonte: BRASIL (2016)

Todas as leis, portarias e decretos relacionados a saúde foram incorporadas à seis portarias de consolidação do SUS, a partir do ano de 2017, logo, o quadro acima apresenta um histórico de todos os dispositivos legais acerca do planejamento, que em sua grande parte estão incorporados às novas portarias. (CONASS, 2018)

Em função da organização sistemática das etapas do planejamento, foram criados instrumentos que dão suporte à prática gestora, são eles: a Programação Anual de Saúde, o Relatório de Gestão e o Plano de Saúde. (BRASIL, 2002)

### 3.2 PLANO DE SAÚDE

A Portaria Ministerial nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, atualmente integrada à Portaria de Consolidação do SUS nº1 de setembro de 2017, define que o Plano de Saúde é o principal instrumento de planejamento para implementação de todas as atividades da saúde em cada esfera da gestão do SUS. Deve ser construído com base nas necessidades da população, e contemplar os seguintes itens: (BRASIL, 2017)

- I - Análise situacional, baseada no conceito de Mapa da Saúde
- II - Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores.
- III - O processo de monitoramento e avaliação.

A análise situacional de saúde é o processo de identificação, formulação e estabelecimento das prioridades, dos problemas e das necessidades dos usuários de um determinado território e orienta-se através do Mapa da Saúde.

Sua elaboração complementa o processo de planejamento, delineando um esboço do território geográfico e da condição sanitária, baseando-se em preceitos epidemiológicos, sociais, populacionais e de gestão do sistema. (BRASIL, 2016). Os temas que orientam a análise situacional e devem constar nos Planos de Saúde estão especificados no quadro abaixo:

Quadro 3: Temas orientadores para Análise Situacional de Saúde

<b>Estrutura do Sistema de Saúde:</b>	(Pública e privada); Especifica a oferta de serviços, instalações de equipamentos e capacidade de recursos humanos. Apresenta a oferta de serviços baseada nos indicadores construídos a partir de dados reconhecidos e da produção das ações de serviços de saúde prestados, quando não houver parâmetros pré-definidos.
<b>Redes de Atenção à Saúde</b>	Deve evidenciar os indicadores para a implementação das demais redes prioritárias para o sistema do SUS como: Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências, Rede Cegonha, além das outras que venham a ser identificadas como prioridade.
	Deve especificar os indicadores de nascimento, morbidade, mortalidade, dados demográficos e

<b>Condições Sociosanitárias</b>	socioeconômicos. Apresenta dados sobre a situação de saúde de grupos específicos e de maior vulnerabilidade e traz informações referentes aos determinantes sociais.
<b>Fluxos de Acesso</b>	Demonstra o caminho e a distância percorrida pelo usuário, evidenciando os fluxos assistenciais.
<b>Recursos Financeiros</b>	Apresenta os recursos provenientes para investimentos e custeio para o financiamento do sistema.
<b>Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde</b>	Especifica a quantidade de trabalhadores conforme as redes e serviços, informações sobre a jornada de trabalho, horas médias trabalhadas, tipo de vínculos de trabalho, indicadores de saúde dos trabalhadores, características da formação e qualificação dos profissionais.
<b>Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão</b>	Apresenta as instituições e suas respectivas especialidades técnicas, privadas e públicas, de pesquisa, inovação em tecnologia da saúde
<b>Gestão</b>	Apresenta informações referentes a participação e o controle social, assim como, as informações acerca das pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e os resultados do IDSUS. Os indicadores referentes aos processos de planejamento, regionalização e regulação também estão incluídos.

Fonte: (BRASIL, 2016)

A partir da Análise Situacional de Saúde é possível definir as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores que serão a base norteadora do Plano de Saúde, bem como, dos demais instrumentos de planejamento utilizados pela gestão. As diretrizes devem seguir as definições a partir das formulações de políticas realizadas nas Conferências de Saúde e do Conselho de Saúde, devendo manter uma correlação com os temas abordados durante a construção da análise situacional, buscando responder às necessidades de saúde da população. São definidas em função dos marcos da Política de Saúde, da organização dos serviços e das características epidemiológicas, sendo expressas no Plano no formato de ideais de realização ao orientar as estratégias para as prioridades. É nesta etapa que os gestores assumem suas responsabilidades ao explicitar as ações e programações de saúde propostas. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2016)

Os objetivos propostos devem considerar os problemas identificados com a finalidade de expressar os resultados almejados, de forma a refletir as situações que são alvo de implementação de melhorias ou mudanças, considerando as situações e aspectos da realidade que devem ser submetidos a intervenção. As metas estão diretamente ligadas aos objetivos, pois

são uma expressão da medida de alcance do objetivo, o concretizando no tempo. Já os Indicadores permitem a mensuração e o acompanhamento da evolução de determinada proposta. São periodicamente apurados com a finalidade de avaliar a intervenção proposta. (BRASIL, 2002)

As ações de planejamento devem ser monitoradas e avaliadas a fim de refletir sobre os resultados atingidos e as estratégias aplicadas. O processo de monitoramento consiste no acompanhamento periódico, das metas e indicadores, tendo por finalidade a obtenção de informações que subsidiem a tomada de decisão, redução de problemas, possibilitando assim, a correção de rumos. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016)

“A legislação do SUS busca induzir os gestores das três esferas a privilegiar as atividades de monitoramento e de avaliação de impacto ou de efetividade. A avaliação deve apreciar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde implementados no período considerado promoveram a melhoria das condições de saúde da população.” (BRASIL, 2016, p.82)

O processo de avaliação utiliza dos dados do monitoramento para mensurar valores e méritos de programas políticos, tem por objetivo ampliar a compreensão sobre o objeto avaliado. A avaliação exige rigor maior na utilização de procedimentos metodológicos, buscando fazer um julgamento da intervenção com credibilidade. O monitoramento e avaliação são complementares entre si e a forma como os gestores realizarão seu processo deve estar explícita nos planos de saúde e seus posteriores resultados devem ser apresentados por meio de indicadores integrando os Relatórios de Gestão dos respectivos entes federados. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016; CONASS, 2016)

Para operacionalizar os objetivos expressos no plano, as Programações Anuais de Saúde possuem o objetivo de anualizar as metas propostas e prever os recursos orçamentários que serão executados. Detalha as ações e serviços de saúde e a relação nacional de medicamentos essenciais, os indicadores de saúde e a previsão de recursos. (BRASIL, 2016)

O Processo de planejamento em saúde tem como instrumento para exposição de seus resultados, o Relatório Anual de Gestão, cujo instrumento expõe os resultados alcançados através da execução da Programação Anual de Saúde. O relatório é a principal ferramenta utilizada pelo processo de monitoramento e avaliação, sendo elaborado pelos gestores do SUS e submetido a análise do respectivo Conselho de Saúde, que emitirão seus pareceres conclusivos

diretamente em meio eletrônico através do site SARGSUS. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016; BRASIL, 2016)

### 3.3 CONTROLE SOCIAL E CONSELHOS DE SAÚDE DO SUS

A partir da década de 1980, no campo da Administração Pública, ocorreram diversas transformações na burocracia do setor público que foram responsáveis por amparar movimentos de reforma do estado, tanto de países já desenvolvidos quanto de países em desenvolvimento. Esse conjunto de transformações, mais tarde conhecido como Nova Administração Pública, tornou-se tendência internacional no setor. (FERLIE et al., 1996; MEDEIROS; PEREIRA, 2003)

Dentre os diversos aspectos dessa nova doutrina, questões relacionadas a promoção de valores como a cidadania, representatividade e participação social se fizeram necessárias para estruturar e fiscalizar o estado ou qualquer indivíduo investido em cargos públicos. (CAMPOS, 1987)

“A participação da sociedade na administração pública emerge como forma de garantir a legitimidade desta, fazendo crer que a democracia participativa e a atuação estatal eficiente não são exigências contraditórias. Acredita-se que governos que asseguram a participação dos cidadãos na formulação e implementação de políticas públicas tornam-se mais eficientes do que os governos puramente tecnocratas, em razão da sustentabilidade política e legitimidade que logram para os seus programas de ação.” (MENEZES, 2005, p. 5)

O desenvolvimento da cidadania e a participação nas construções de políticas públicas por parte da população são fundamentais para a efetivação da democracia. (DRUZIAN, SCHERER, 2012) O Controle Social consiste no compartilhamento de poder de decisão entre a sociedade e os governantes, esse poder de atuação é permitido através da disposição de mecanismos para a prestação de contas e avaliação de desempenho dos órgãos públicos. A existência do Controle Social permite a fiscalização e responsabilização dos gestores. (BRASIL, 2013; CAMPOS, 1987)

A Constituição Brasileira de 1988, na Seção II relativa à saúde e em seu artigo nº198, estabelece como direito de todo cidadão Brasileiro a participação social no setor. A *Lei Federal de 8.142 de dezembro de 1990*, reforça sobre a obrigatoriedade da participação da comunidade

no SUS e o não atendimento desta prerrogativa está sujeito a penalidade de não recebimento de recursos financeiros advindos da União. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990)

“A participação da comunidade se dá individualmente na relação dos cidadãos com o SUS, em suas ações e serviços e, coletivamente, através de ações de proposição e controle dentro do Conselho e da Conferência de Saúde” (CARVALHO, 2007)

Com a legislação a favor da participação popular, a sociedade passou a envolver-se com a gestão do sistema de saúde, exercendo através dos Conselhos o Controle Social; participando do planejamento do SUS e fiscalizando as aplicações financeiras por parte do governo. Os dispositivos para esse exercício do controle social, previstos em leis são as Conferências e Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde devem acontecer a cada quatro anos, com o objetivo de analisar a situação de saúde da população e formular políticas, as quais deverão compor as diretrizes e metas dos respectivos planos de saúde. (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013)

As conferências municipais precedem as etapas estaduais e nacional, e nessas etapas anteriores são eleitos delegados dos mais diferentes segmentos da sociedade para discutir as questões importantes que visem qualificar o debate para a etapa nacional. (ROLIM, et.al., 2013)

O Conselho de Saúde, de acordo com a *Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 333 de novembro de 2003*: é um órgão colegiado, de caráter deliberativo e permanente, composto por representantes de diversos setores da sociedade: governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários do sistema. Entre suas principais competências estão análise de denúncias de indícios de irregularidades, deliberação sobre os programas de saúde e aprovação de projetos para serem encaminhados para o legislativo, estratégias de procedimentos para o acompanhamento da gestão do SUS, avaliação da organização e funcionamento do SUS, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde e definição de diretrizes para os planos de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003)

No processo de elaboração dos planos de saúde os conselhos atuam desde a formatação inicial até o conteúdo final, tendo caráter decisório na posterior avaliação de aprovação do instrumento e da sua execução prática através do relatório de gestão. (CARVALHO, 2006)

## 4 METODOLOGIA

O Método Científico de pesquisa consiste em procedimento sistemático e racional, tendo como objetivo oferecer respostas as problemáticas que são propostas. Toda pesquisa desenvolve-se através de um processo constituído de diferentes fases, desde a formulação do problema até a apresentação dos resultados e discussão ao final. (GIL, 2007)

A metodologia de pesquisa é formada de um plano composto por etapas, utilizado pelo pesquisador para coletar as informações necessárias ao desenvolvimento do seu projeto. A escolha do método deve se adequar à questão objetiva do estudo e seguir rigorosamente o Método Científico. (VIEIRA; HOSSNE, 2015)

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo exploratória-descritiva, sendo utilizado o procedimento técnico de pesquisa documental para a realização da coleta de dados. As pesquisas quantitativas, possuem a característica da objetividade, a realidade do contexto é entendida através da análise de dados brutos, utilizando de variáveis matemáticas para descrição e relação de fenômenos. (FONSECA, 2002)

As pesquisas do tipo descritivas têm o intuito observar, descrever e documentar características de um dado fenômeno. (GIL, 2007)

A análise documental permite investigar e analisar determinada problemática de forma indireta, por meio do estudo de documentos que revelam seu modo de ser, viver e compreender um fato social, respeitando sempre a originalidade dos mesmos. O documento é considerado um produto de uma sociedade, manifestando o jogo de forças dos que detêm o poder. Ao analisar documentos o pesquisador deve levar em conta quem produziu, com que objetivo, quem os utiliza e a maneira como deve selecionar uma amostra adequada do documento, além do contexto, a utilização e a função do documento estudado, pois os documentos são meios que servem para a construção, organização e para compreender um processo ou caso específico. (SÁ-SILVA et al., 2009; MOREIRA, 2009; FLICK, 2009).

## 4.2 FONTES DO ESTUDO

A fonte dos dados pode ser secundária ou primária. As fontes secundárias, das quais se utiliza esse estudo, são constituídas de conhecimentos, dados e informações já reunidos e organizados, como a mídia impressa, através de jornais, revistas, catálogos, entre outros, eletrônica por meio de gravações magnéticas e gravações digitais e relatórios técnicos. Já as fontes primárias de pesquisa, são os escritos pessoais, cartas particulares, textos legais, documentos internos de instituições e empresas e documentos oficiais. (MOREIRA, 2009)

Para este estudo foram utilizados os Planos Municipais de Saúde com vigência (2018-2021), publicados no site do Sistema de Apoio a Gestão do Sistema Único de Saúde (SARGSUS), do Ministério da Saúde, disponíveis no endereço <http://sargsus.saude.gov.br/sargsus/>.

## 4.3 AMOSTRA

A amostragem consiste num processo de seleção de uma população representativa do universo total. Para este estudo, considerou-se o total de municípios do estado de Santa Catarina que possuem população a partir de 20 mil habitantes, segundo dados do IBGE (Censo 2010) e que tiveram seus planos de saúde publicados no SARGSUS.

Tabela 1- Municípios segundo número de habitantes e publicação do plano municipal de saúde do SARGSUS, 2019.

	Total de Municípios	Municípios que publicaram o plano
Mais de 20 mil e menos de 50 mil habitantes	34	25
Mais de 50 mil e menos de 100 mil habitantes	15	12
Mais de 100 e menos de 200 mil habitantes	8	6
Mais de 200 e menos de 500 mil habitantes	3	3
Mais de 500.000 habitantes	1	1
Total Municípios	61	47

**Fonte:** IBGE, SARGSUS, 2019.

#### 4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os planos de saúde foram coletados através do site do SARGSUS, bem como, as datas de aprovação pelos seus respectivos CMS. Os dados foram agrupados em três categorias, construídas a partir dos requisitos exigidos nas portarias ministeriais referentes ao processo de planejamento no SUS. As categorias para a realização da análise dos dados estão apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 4 - Categorias de análise dos dados.

<b>1-Transparência</b>	<b>2- Participação social</b>	<b>3- Forma de Construção</b>
Plano publicado no site SARGSUS	Construído a partir do modo participativo	Construído de modo ascendente
Comprovada a aprovação pelo Conselho	Segue as diretrizes pactuadas na Conferência Nacional de Saúde	Considera a regionalização
	Segue as diretrizes pactuadas na Conferência Municipal de Saúde	Considera os indicadores pactuados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) para os anos 2017-2021

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Para a elaboração das três categorias foi utilizada como parâmetro legal a Portaria Ministerial nº 2.135, de setembro de 2013, da qual trata das diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. (BRASIL, 2013)

A categoria 1: **Transparência**, foi baseada na obrigatoriedade de entrega dos planos, no site SARGSUS, por parte dos municípios, visto que, através da disponibilização no site o documento além de se tornar público para qualquer indivíduo acessar, os conselhos de saúde podem emitir seus pareceres de aprovação dos planos mediante a seus acessos particulares no site.

A categoria 2: **Participação social**, baseou-se na importância de estimular a participação social na elaboração dos planos, portanto, esse requisito é avaliado no item que avalia se o plano

foi construído de modo participativo. A portaria traz ainda, a obrigatoriedade dos municípios de seguirem as diretrizes pactuadas nas conferências de saúde, este item, portanto, está contemplado também na categoria 2.

A última categoria: **Forma de construção**, levou em consideração se os planos foram construídos de modo ascendente, ou seja, do nível local ao federal. O item referente a regionalização visa avaliar se os municípios levam em consideração as regiões de saúde, na qual estão inseridos, para construir suas diretrizes respeitando essa característica de organização dos serviços. O último item referente aos indicadores da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), visa refletir se os municípios durante o processo de planejamento estão levando em consideração os indicadores universais pactuados para os anos de 2017 – 2021.

#### 4.5 CUIDADOS ÉTICOS

O presente estudo está isento de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, estarão preservados todos os aspectos éticos defendidos pelo Conselho Nacional de Saúde, no que se refere ao processo de seleção, organização e análise dos documentos que compuseram o estudo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados no formato de um manuscrito, seguindo a Instrução Normativa para apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

### A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

**Objetivos:** O objetivo desse estudo é identificar as formas de participação popular na elaboração dos Planos de Saúde dos municípios do estado de Santa Catarina. **Método:** Estudo de caráter exploratório-descritivo e documental, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em planos de saúde de municípios, com vigência de execução 2018-2021, com população acima de 20.000 habitantes. A coleta foi realizada no período de outubro de 2018 a maio de 2019, e analisados descritivamente quanto à três categorias: 1- Transparência do plano municipal de saúde e sua aprovação pelo respectivo conselho, 2- Participação social na elaboração dos planos, 3- Construção das diretrizes e pactuações. **Resultados:** Quanto aos oito temas distribuídos nas três categorias analisadas, destacaram-se os seguintes recortes: taxas de aprovação do plano por parte dos conselhos, o não seguimento das diretrizes aprovadas nas conferências nacional/municipais de saúde e a não adesão dos indicadores de saúde pactuados pela CIT para o exercício de 2017-2021. **Conclusões:** Os resultados mostram a necessidade da adoção de uma nova visão acerca da importância da elaboração dos planos para a realização da análise crítica sobre a situação de saúde dos seus territórios, bem como, a importância da realização das conferências de saúde e o seguimento por parte dos municípios, das diretrizes pactuadas nesses espaços. A adesão e especificação nos planos, dos indicadores pactuados na CIT, para que se possa analisar comparativamente o desempenho em relação a nível nacional. É fundamental que os atores sociais, representados através de seus conselhos de saúde, passem constantemente pelo processo de capacitação técnica para fortalecer o exercício do controle social.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Planejamento em Saúde; Plano de Saúde; Controle Social Formal; Participação Popular

## INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o acesso da atenção à saúde para toda a população brasileira, sendo esse acesso universal e integral, assegurado através dos seus princípios constitucionais. A participação social, está inclusa nesses princípios, garantindo o exercício do controle social na construção e manutenção do sistema, de modo que, o SUS foi a primeira política pública a adotar constitucionalmente a participação popular como um dos seus princípios, culminando por consequência, na sua institucionalização para espaços como as Conferências e Conselhos de Saúde. (CONASS, 2003)

O desenvolvimento da cidadania e a participação nas construções de políticas públicas por parte da população são fundamentais para a efetivação da democracia. (DRUZIAN, SCHERER, 2012) O Controle Social consiste no compartilhamento de poder de decisão entre a sociedade e os governantes, esse poder de atuação é permitido através da disposição de mecanismos para a prestação de contas e avaliação de desempenho dos órgãos públicos. A existência do Controle Social permite a fiscalização e responsabilização dos gestores. (BRASIL, 2013; CAMPOS, 1987)

As Conferências e os Conselhos são os meios pelos quais a participação social é exercida, sendo as conferências espaços em que atores sociais se encontram, periodicamente, para a discussão da situação de saúde de seus territórios, com a finalidade de construir diretrizes para as políticas públicas de saúde. Os conselhos são colegiados de caráter deliberativo composto por diversos setores da sociedade, e possuem a função de fiscalização e monitoramento dos recursos e das ações e serviços de saúde, acompanhando permanentemente a execução dos gestores públicos em relação ao planejamento do SUS. (BRASIL, 2016)

De maneira estratégica e situacional, esse planejamento está amparado por instrumentos de gestão que servem como meios práticos para o exercício da atuação da gestão. O plano de saúde representa o instrumento central do planejamento do SUS, uma vez que, apresenta o compromisso da gestão através das diretrizes e metas formuladas a partir da análise das características de saúde da população. (TANCREDI et.al, 1998; MATUS, 1993, BRASIL, 2002)

Os municípios têm a responsabilidade sobre a saúde da população de seus territórios, recebendo essa atribuição através do princípio da descentralização do SUS, que ao longo do processo de consolidação do SUS foi instituída através da municipalização. Exatamente por estar próximo a realidade local, é fundamental que os municípios planejem baseados na análise

situacional de saúde da sua população. O Pacto pela Saúde, criado em 2006 pelo Ministério da Saúde, trouxe um conjunto de reformas institucionais no SUS e dentro dessa gama de responsabilidades exigidas do município está a destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde, reforçando assim, a importância da autonomia dos municípios. (BRASIL, 2009)

Dessa forma, é importante que a construção do plano aconteça de forma participativa, a partir da visão estratégica e situacional, e que a população esteja envolvida diretamente na discussão dos principais problemas de saúde, viabilizando a diminuição dos conflitos de interesses e definindo estratégias e ações prioritárias a serem executadas. Os conselhos precisam deter o conhecimento legal, técnico e da realidade de saúde do seu território, para embasarem suas condutas de aprovação dos seus respectivos planos de saúde. (SALIBA et.al., 2013)

Esta pesquisa justifica-se pela relevância das competências do Controle Social, para os gestores e, principalmente para os usuários do sistema, visto que, buscar fazer uma reflexão acerca da importância da participação social na formulação das políticas públicas.

## MÉTODO

Este estudo possui abordagem quantitativa de desenho exploratório-descritivo e documental. Os dados dos planos de saúde foram coletados em cenário virtual, diretamente nos arquivos do site Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS), durante o período de outubro de 2018 a maio de 2019, sendo selecionados os planos de saúde com vigência 2018-2021. Para compor a amostra, considerou-se o total de municípios do estado de Santa Catarina que possuem mais de 20 mil habitantes segundo dados do IBGE (Censo 2010), destes, totalizam 61 municípios, porém, apenas 47 deles entregaram seus planos, sendo esta a amostra final. Para fins de organização dos dados foram criados 5 intervalos para classificação dos municípios conforme a tabela abaixo:

Tabela 1- Municípios segundo número de habitantes e publicação do plano municipal de saúde do SARGUS, 2019.

	Total de Municípios	Municípios que publicaram o plano
Mais de 20 mil e menos de 50 mil habitantes	34	25
Mais de 50 mil e menos de 100 mil habitantes	15	12
Mais de 100 e menos de 200 mil habitantes	8	6
Mais de 200 e menos de 500 mil habitantes	3	3
Mais de 500.000 habitantes	1	1
Total Municípios	61	47

Fonte: IBGE, SARGUS, 2019.

Após o agrupamento dos intervalos, a análise dos planos de saúde foi realizada de forma descritiva, tendo como base as seguintes categorias temáticas: 1- Transparência do plano municipal de saúde e sua aprovação pelo respectivo conselho, 2- Participação social na elaboração dos planos de saúde, 3- Construção das diretrizes e pactuações do plano.

Na categoria **1- Transparência do plano municipal de saúde e sua aprovação pelo respectivo conselho**, foram analisados os seguintes itens: entrega do plano no site SARGUS e sua respectiva aprovação pelo conselho. Na categoria **2- Participação social na elaboração dos planos**, foram analisados os itens: modo de elaboração do plano (se foi construído de forma participativa), bem como, o seguimento das diretrizes elaboradas nas conferências nacional e municipal. Na última categoria: **3- Construção das diretrizes e pactuações**, foi analisado se os municípios seguiram os seguintes critérios nas elaborações dos planos: construção a partir do princípio da ascendência, reflexão acerca dos indicadores pactuados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) para o período de 2017-2021 e o último item da categoria verifica o cumprimento do princípio da regionalização de saúde.

As categorias foram digitadas em planilha do programa Excel e os resultados da análise dos itens foram expressos através de três possibilidades: Sim, Não, Parcial e Não se aplica, compondo ao final a planilha com um consolidado das porcentagens dos resultados, que foram calculados através de estatística descritiva. Foram considerados como não aprovados pelos respectivos conselhos os planos dos municípios que não apresentaram ata de aprovação no SARGUS ou anexado em seus planos, tendo em vista, a obrigatoriedade da publicação do documento de aprovação por parte dos conselhos. Não houve necessidade de submeter o estudo ao Comitê de Ética, visto que, os documentos utilizados para a coleta de dados são de acesso público, disponibilizados em meio eletrônico.

## RESULTADOS

Quanto à categoria 1: Transparência do plano de saúde e sua aprovação no respectivo conselho, aproximadamente 20% dos municípios estudados não apresentaram seus planos até a finalização da coleta de dados. A partir desse número geral, encontramos diferentes porcentagens de entrega dos planos nas diferentes faixas populacionais. Os municípios com população de 20 mil a 50 mil habitantes foram o que apresentaram a maior disparidade, com 26% de planos não entregues, enquanto nos municípios das duas maiores faixas populacionais (mais de 200 mil a mais de 500 mil) a entrega dos planos chega a totalidade. E as duas faixas intermediárias com mais de 50 mil a 100 mil e mais de 100 mil a 200 mil habitantes obtiveram uma taxa de entrega de 80% e 75% respectivamente. Os dados referentes a proporção de entrega podem ser vistos no Gráfico 1.

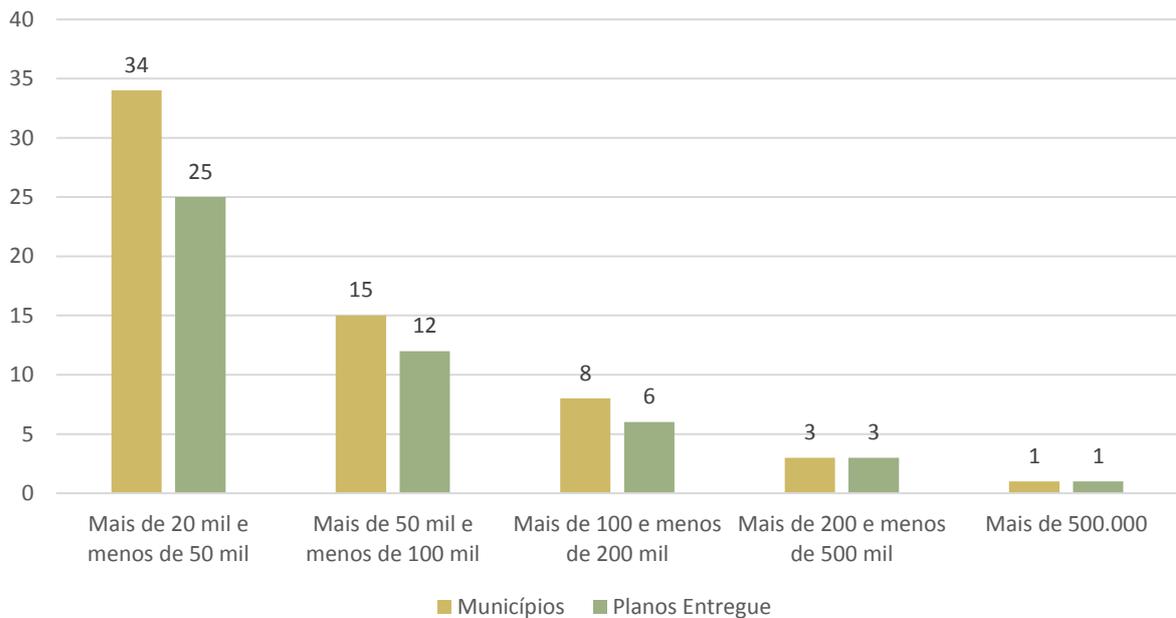


Gráfico 1- Entrega dos planos de saúde por município – SARGSUS. Brasil, 2019.

Tabela 2- Tabela com os planos entregues e as respectivas aprovações.

<b>Faixa Populacional</b>	<b>Municípios</b>	<b>%</b>	<b>Planos Entregues</b>	<b>%</b>	<b>Aprovação CMS</b>	<b>%</b>
Menos de 10.000	172	58	145	84,30	124	85,52
Mais de 10 mil e menos de 20 mil	62	21	47	75,81	40	85,11
Mais de 20 mil e menos de 50 mil	34	12	25	73,53	19	76,00
Mais de 50 mil e menos de 100 mil	15	5	12	80,00	12	100,00
Mais de 100 e menos de 200 mil	8	3	6	75,00	4	66,67
Mais de 200 e menos de 500 mil	3	1	3	100,00	3	100,00
Mais de 500.000	1	0	1	100,00	1	100,00
<b>Total Municípios</b>	<b>295</b>	<b>100</b>	<b>239</b>	<b>81,02</b>	<b>203</b>	<b>84,94</b>

Fonte: IBGE, SARGSUS, 2019

Ainda referente a categoria 1, em referência a aprovação dos planos, analisando da menor faixa para a maior, os municípios de 20 mil a 50 mil habitantes apresentaram a taxa de 76%, já a faixa de 50 mil a acima de 100 mil obtiveram 100% de aprovação, a particularidade nessa categoria, se dá nos municípios de 100 mil a 200 mil habitantes, que apresentaram a menor taxa de aprovação obtendo 66%, enquanto as faixas restantes contendo os municípios mais populosos a partir de 200 mil até a faixa acima de 500 mil tiveram 100% dos seus planos aprovados.

Em relação aos resultados da categoria 2 - Participação social na elaboração dos planos, conforme tabela abaixo, o primeiro item refere-se ao modo de participação na construção do plano e se destaca de maneira positiva, uma vez que, quase 83% deles foram construídos de forma participativa. Já o segundo item mostra que aproximadamente 20% dos municípios seguem as diretrizes aprovadas na Conferência Nacional de Saúde, enquanto em torno de 23% segue parcialmente. O terceiro e último item da categoria 2, mostra que pouco mais da metade dos municípios 51% seguem as diretrizes aprovadas em suas conferências e parcialmente 2%. Os dados estão expostos na (Tabela 3) abaixo:

Tabela 3 – Análise dos planos referente aos itens da categoria 2.

<b>Categoria 2 - Participação social na elaboração dos planos</b>	Sim %	Não %	Parcial %
Construído de modo participativo	82,6	10,9	6,5
Considera as diretrizes da Conferência Nacional de Saúde	18,8	58,3	22,9
Considera as diretrizes da Conferência Municipal de Saúde	51,1	46,8	2,1

Fonte: SARGSUS. Brasil, 2019

A última categoria analisada, diz respeito a Construção das diretrizes e pactuações. O primeiro item da tabela avalia o modo de construção dos planos e se foram elaborados de forma ascendente. Os resultados demonstram que 80% dos municípios constroem de forma ascendente seus planos. Cabe ressaltar que os municípios de pequeno porte foram incluídos nos resultados como não se aplica, tendo em vista, a dificuldade em realizar o planejamento de forma ascendente através das pré-conferências em níveis mais localizados, como nos bairros e regiões.

Ainda nessa categoria, o terceiro e último item refere-se aos indicadores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para a vigência dos anos de 2017-201. Os resultados destacam-se de forma bastante negativa, uma vez que, apenas 19% dos municípios baseiam-se nos indicadores pactuados. A Tabela -4 contém os resultados obtidos na análise da categoria 3.

Tabela 4 – Análise dos planos referentes aos itens da categoria 3.

<b>Categoria 3 – Construção das diretrizes e pactuações</b>	Sim%	Não %	Parcial %	Não se aplica %
Construído de modo ascendente	80,8	6,4	0	12,8
Considera a regionalização	76,6	4,3	0	19,1
Considera os indicadores da CIT para o período 2017-2021	19,2	70,2	10,6	0

Fonte: SARGSUS. Brasil, 2019

## DISCUSSÃO

Referente a transparência dos planos, do total de 61 municípios, 23% deles não entregaram seus planos de saúde, refletindo o fato de que há municípios que não estão seguindo o dispositivo legal da obrigatoriedade da entrega do plano, estabelecido na Lei Federal nº 8.142 de dezembro de 1990. (BRASIL, 1990). Os municípios da faixa populacional de 20 mil a 50 mil habitantes, se destacaram com 27% dos planos não entregues, inferindo um possível desconhecimento acerca da legislação do planejamento em saúde e a importância do plano como sua ferramenta central. A elaboração do plano de saúde é indispensável ao processo de planejamento do SUS, tendo em vista, que se caracteriza como um dos principais instrumentos de gestão. Refletem a situação de saúde dos seus territórios, corroborando para alocação e previsão dos recursos financeiros necessários, assim como, para a construção das diretrizes, objetivos e metas para o futuro (BRASIL, 2016). Ademais, a Lei Complementar nº141 de janeiro de 2012\*, estabelece que os gestores devem divulgar, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, as prestações de contas no que se refere a elaboração dos planos de saúde, estando sujeitos a suspensão da transferência de recursos em caso de descumprimento. (BRASIL, 2012)

Sobre as aprovações dos planos ter sido menor na faixa de 20 mil a 50 mil habitantes é importante vincular esse dado, ao fato de que esses mesmos municípios tiveram a menor taxa de entrega dos planos, o que caracteriza novamente o descumprimento da legislação acerca do planejamento. É possível que esses municípios estejam encontrando dificuldades na elaboração dos planos, entretanto, não se pode deixar de destacar que os seus respectivos conselhos de saúde devem ser fortalecidos, uma vez que, não estão exercendo a sua função de fiscalização durante o processo de elaboração dos planos.

Outro dado que reforça a necessidade do fortalecimento dos conselhos desses municípios refere-se ao percentual considerável de não aprovação dos planos entre os mesmos municípios já destacados pela não entrega. De acordo com (NASCIMENTO, EGRY, 2017), o comportamento de se opor ao preconizado pelo Ministério da Saúde reforça a visão de que o plano de saúde ainda é visto como instrumento de acesso a recursos financeiros, sem a responsabilidade de compreender a situação de saúde da população. Já no caso dos municípios da faixa de 100 mil a 200 mil que obtiveram a menor taxa de aprovação dos planos é possível fazer a inferência lógica de que os municípios de maiores populações, têm em seus conselhos, um maior número de atores da sociedade civil representando interesses diversos, o que leva a

crer que nesses conselhos tende a ser mais difícil a aprovação dos planos. Essa questão pode ser analisada através do olhar teórico de GRAMSCI (1976), que percebe os conselhos como palcos de conflitos em que diferentes grupos estão em disputa devido a divergência de classes.

Cabe salientar, que a aprovação por parte dos conselhos não se constitui apenas como mero rito legal, se configura inclusive como mecanismo de fiscalização dos gestores públicos em relação aos orçamentos, as ações e serviços de saúde, buscando a garantia da excelência das ações e serviços de saúde. (ROLIM et. al., 2013)

Os resultados referentes as diretrizes pactuadas nas conferências nacionais de saúde, apresentam que 83% dos municípios não seguiram ou as seguiram parcialmente durante a elaboração dos planos, o que denota novamente a falta de cumprimento legal dos dispositivos que regulamentam o planejamento em saúde do SUS, bem como, a dificuldade por parte dos municípios em assimilar a importância das diretrizes pactuadas a partir das conferências nacionais. Esse dado se relaciona diretamente com os resultados referentes aos indicadores universais pactuados na CIT para o período de 2017-2021, visto que, nem 20% dos municípios incluíram em seus planos, reforçando mais uma vez o não cumprimento da legislação. O Decreto Federal nº 7.508 de junho de 2011, estabelece que o processo de planejamento no SUS deve ser ascendente e integrado, do nível local ao federal, portanto, os planos devem ser elaborados a partir da sua realidade local, porém, levando sempre em conta as pactuações firmadas nas outras instâncias. (BRASIL, 2011) A ausência desses indicadores fragiliza a avaliação do acesso e da qualidade da organização das Redes de Saúde, sendo de extrema importância a adesão e pontuação desses indicadores por parte dos municípios em seus planos, para que se possa inclusive analisar comparativamente o desempenho. (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2017)

Dentre os resultados que mais se destacaram estão as diretrizes aprovadas nas conferências municipais de saúde, demonstrando que praticamente metade dos municípios não têm dado a devida importância a participação social na elaboração das políticas públicas de saúde dos seus territórios. Esses dados se contrapõem à municipalização do SUS, tendo em vista que, a partir da diretriz de descentralização, os municípios ganharam relativa autonomia na gestão do sistema, à medida que assumiram maiores compromissos com o setor saúde, tornando esse ente federado ainda mais responsável pela saúde da população local. Desta forma, as conferências municipais de saúde são espaços em que o controle social, por meio de diversos

segmentos representantes da sociedade se encontram para analisar a situação de saúde da sua população e formular a partir daí as diretrizes para as políticas públicas do setor. (CONASS, 2003).

\* A Lei Complementar nº141 foi compilada na Portaria de Consolidação do SUS (nº6) de 2017

## CONCLUSÃO

Conclui-se que parte dos municípios estão elaborando seus planos de forma a cumprir um mero rito de exigência legal, sem o reconhecimento da importância desse instrumento como principal ferramenta do planejamento, uma vez que, a taxa de aprovação dos seus respectivos CMS não foram de 100%. Ademais, as conferências de saúde são pouco especificadas como referência para a elaboração das diretrizes nos planos de saúde, demonstrando a necessidade da adoção de uma nova visão acerca da sua fundamental importância para a realização da análise crítica sobre a situação de saúde dos seus territórios.

Mais da metade dos municípios não apresentaram em seus planos os indicadores da CIT 2017-2021 permitindo a inferência de que não há entendimento sobre a necessidade de integrar seus objetivos ao processo nacional de pactuação de metas.

Os municípios com menores populações, especialmente, demonstram fragilidade na construção dos seus planos, sendo essencial a atenção dos gestores estaduais quanto a maior disponibilidade de meios para a capacitação e orientação desses municípios com relação ao entendimento da transparência e a excelência da prática gestora. Os planos não devem ser vistos apenas no sentido de angariação de recursos financeiros, mas deve refletir a situação de saúde e os anseios da respectiva população.

Tendo em vista que, o processo de consolidação do SUS só foi possível inclusive, pela atuação da participação popular, que através de proteção constitucional teve seus espaços garantidos, o controle social, portanto, deve estar diretamente envolvido nas questões das políticas públicas de saúde, com a finalidade de manter a conquista do espaço juntamente aos entes públicos, visando principalmente a garantia das ações e serviços de saúde de ótima qualidade para toda a população. É imprescindível que os atores sociais, que compõem seus conselhos de saúde, tenham acesso à educação permanente para se instrumentalizarem tecnicamente para que possam fortalecer o exercício do controle social, procurando assegurar a manutenção do SUS como política pública, de responsabilidade do estado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **DIRETRIZES OPERACIONAIS; Pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão.** Série Pactos pela Saúde 2006. v.1. ed.2. Brasília, 2006. p.76. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>. Acesso em: 02/06/2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS: Instrumentos de Gestão em Saúde.** Brasília: Editora MS, 2002. 48p.

BRASIL. IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010 de Santa Catarina.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=42&dados=1>. Acesso em: 14/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142 de dezembro de 1990.** Brasília, 1990. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 15/06/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Complementar nº141 de janeiro de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 15/06/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº6 de setembro de 2017.** Brasília, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html). Acesso em: 15/06/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS.** 1. ed., rev. Articulação Interfederativa. v. 4. Brasília, 2016. 138 p

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003. 247p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de junho de 2011.** Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 01/06/2019

BRASIL. Governo do Distrito Federal. **Pactuação Interfederativa 2017 – 2021. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PACTUACAO-INTERFEDERATIVA-2017-2021.pdf>. Acesso em: 01/06/2019

GAMSCI, Antonio. **Escritos Políticos.** v.1, v.2. Editora Seara Nova. Lisboa, Portugal. 1976. p. 179.

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 1993. 144p.

NASCIMENTO, Alexandre Bulgarelli do; EGRY, Emiko Yoshikawa. **Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.4, p.861-871, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2017.v26n4/861-871/pt>. Acesso em: 02/06/2019

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.37, n.96. p.139-147. Mar.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>  
Acesso em: 06/05/2019

SALIBA, Nemre Adas, et.al. **Plano Municipal de Saúde: Análise do instrumento de gestão**. Uberlândia, MG. v. 29, n. 1, p. 224-230. Fev.2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/74337/2-s2.0-84874994324.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 02/06/2019

TANCREDI, Francisco Bernadini; BARRIOS, Suzana Rosa Lopes, FERREIRA, José Henrique Germann. Universidade de São Paulo. **Planejamento em Saúde**. v.2. São Paulo. 1998. 82p. Disponível em: [www.saude.mt.gov.br/arquivo/2949](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2949). Acesso em: 02/06/2019

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar esse trabalho me permitiu ampliar meu conhecimento sobre a gestão do SUS, uma vez que, para fundamentar a pesquisa houve a necessidade de estudar de forma mais densa os assuntos discutidos.

Meu intuito ao escolher esse tema foi de dar notoriedade para o importante papel do controle social na gestão do SUS, assim como, a necessidade de entendimento sobre a finalidade do planejamento para o SUS.

A pesquisa me permitiu descobrir que os planos de saúde, a nível municipal, são em grande parte elaborados sem a reflexão acerca da situação de saúde de seus municípios, sendo o instrumento utilizado para a garantia de recursos financeiros e mero cumprimento da lei. Ao descobrir esse dado, tive a certeza de que essa temática necessita de mais estudos em busca de soluções para um melhor uso das ferramentas do planejamento. O controle social assume importante papel em relação ao processo de organização do SUS, devendo atuar de maneira mais participativa na elaboração dos planos. A participação popular na saúde brasileira, foi conquistada através de muita luta por parte de diversos segmentos da sociedade, que ensejavam por um sistema de saúde de qualidade, gratuito e acessível a todos. O SUS é referência mundial para a saúde, dada a sua estrutura de organização estratégica e democrática, visando a garantia de acesso da comunidade em sua gestão. Portanto, o controle social tem a incumbência de preservar a existência do SUS e necessita melhor compreender os instrumentos utilizados para o planejamento em saúde, a fim de, garantir que sua população seja assistida através de ações e serviços adequados à situação de saúde em seus territórios. Concluo que os objetivos desse estudo foram alcançados, visto que, as questões acerca das formas de participação social na elaboração dos planos foram demonstradas através dos resultados, os quais refletiram de forma bastante direta como se dá a participação da população na elaboração dos planos.

De um modo geral, a elaboração desse trabalho ampliou a minha visão acerca da produção de pesquisas, antes de produzir um trabalho com essa responsabilidade, eu não tinha uma ideia concreta do que produzir uma pesquisa, analisar os resultados e interpretá-los a partir da realidade do que já se conhece sobre o tema. Destaco, portanto, a importância da realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para os graduandos, pois através dessa atividade

somos ensejados a desenvolver o método científico, para a partir daí, desenvolver estratégias e soluções que contribuam para a ampliação do conhecimento e fortalecimento da ciência.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080 de 20 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.** Brasília, DF. Set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)  
Acesso em: 14/06/2019

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003. 247p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS.** 1. ed., rev. Articulação Interfederativa. v. 4. Brasília, 2016. 138 p

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Brasília: editora MS, 2013. p.182

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996: **Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF. Nov. 1996. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)  
Acesso em: 14/06/2019

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF. Set. 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html). Acesso em: 14/06/2019

BRASIL. CONASEMS. **Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS.** Diálogos do Cotidiano. 1ª Ed. Rio de Janeiro. Cepesc, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS: Instrumentos de Gestão em Saúde.** Brasília: Editora MS, 2002. 48p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>  
Acesso em: 22 de agosto de 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS: Monitoramento e Avaliação.** 2016. Disponível em: <[www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao](http://www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao)> Acesso em: 02 de junho de 2019.

BRASIL. IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010 de Santa Catarina**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=42&dados=1>. Acesso em: 14/06/2019.

BRASIL. CONASS. **Consolidação das normas do SUS**. Revista Consensus. Ed. 25. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/consolidacao-das-normas-sus/> Acesso em: 14/06/2019

CAMPOS, Anna Maria. **Accountability: Quando Poderemos traduzi-la para o Português?** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v.24, n2. p30-50. Fev. 1990.

CARVALHO, Gilson. **Participação da comunidade na saúde**. Editora IFIBE. Passo Fundo, RS, 2007. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/PARTICIPACAO COMUNIDADE SAUDE.pdf>. Acesso em: 03/06/2019

CHORNY, Adolfo. H, KUSCHNIR, Rosana, TAVEIRA, Maura. **Planejamento e Programação em Saúde**. Curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2008. p. 21. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/\\_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal\\_12465.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf). Acesso em: 20/01/2019

CIRIBELLI, Marilda Corrêa. **Como elaborar uma dissertação de mestrado através da pesquisa científica**. Rio de Janeiro-RJ: 7Letras, 2003. 222 pg

CORDEIRO, Alexander Magno et al. **Revisão sistemática: uma revisão narrativa**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6. p. 428-431. Dec. 2007.

DRUZIAN, Andressa Sihe, SCHERER, Flávia Luciane. **Políticas Sociais, Participação e Controle Social: Desafios à gestão pública municipal**. Tese de Especialização em Gestão pública municipal. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria – RS, 2012.

FERLIE, Ewan et al. **The New Public Management in Action**. Oxford: Oxford University Press, 1996.

FLICK, Ewn. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares. **Gestão Pública em Saúde: O plano de saúde como ferramenta de gestão**. 1. ed. Unidade IV. São Luís, 2016. 55p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LACERDA et.al. Universidade Federal de Santa Catarina. **Curso de Especialização multiprofissional na atenção básica**. Florianópolis, 2013. p.62. Disponível em: [https://unաս2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19819/mod\\_resource/content/3/AtencaoBasica\\_4Planejamento.pdf](https://unաս2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19819/mod_resource/content/3/AtencaoBasica_4Planejamento.pdf). Acesso em: 05/05/2019

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 1993. 144p.

MEDEIROS, Paulo Henrique Ramos; PEREIRA, José Matias. **Controle Social no Brasil: Confrontando a Teoria, o Discurso Oficial e a Legislação com a Prática**. Revista do TCU. Brasília, 2003.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. **A participação popular como fonte de legitimidade democrática da administração pública**. X Congresso Internacional del CLAD sobre La Reforma dele Estado y de la *Administración* Pública. Santiago, Chile. 2005

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Planejamento de Saúde**. 2009. Disponível em <[www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html](http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html)> Acesso em Abr. 2018.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.37, n.96. p.139-147. Mar.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>  
Acesso em: 06/05/2019

SECRETARIA ESTADUAL DE PERNAMBUCO, Orientações acerca da construção do Mapa de Saúde de Pernambuco. Recife, 2013.  
Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/orientacoes-para-construcao-do-mapa-de-saude-de-pe\\_1\\_0.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/orientacoes-para-construcao-do-mapa-de-saude-de-pe_1_0.pdf)> Acesso em Nov. 2018.

TANCREDI, Francisco Bernadini; BARRIOS, Suzana Rosa Lopes, FERREIRA, José Henrique Germann. Universidade de São Paulo. **Planejamento em Saúde**. v.2. São Paulo. 1998. 82p. Disponível em: [www.saude.mt.gov.br/arquivo/2949](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2949). Acesso em: 14/06/2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - (Brasil). UNA-SUS. **A Importância do Planejamento na Gestão do SUS**. Guia de Gestão em Saúde Pública. São Luís, 2016. 39p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – (Brasil). UNA-SUS. **Planejamento, Gestão e Gerenciamento: O uso de instrumentos de avaliação**. Curso de Formação Gestão Pública em Saúde. São Luís, 2016. Unidade 2. 34p.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a Área da Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 179 p.

## APÊNDICE A – TABELA DOS MUNICÍPIOS DA AMOSTRA

Abaixo, a tabela com os municípios selecionados para a composição da amostra.

Mais de 20 mil e menos de 50 mil	Mais de 50 mil e menos de 100 mil	Mais de 100 e menos de 200 mil	Mais de 200 e menos de 500 mil	Mais de 500.000
1- Araquari	Araranguá	Criciúma	Blumenau	Joinville
2- Campos Novos	Biguaçu	Chapecó	Florianópolis	
3- Xaxim	Caçador	Itajaí	São José	
4- Forquilha	Concordia	Jaraguá do Sul		
5- Fraiburgo	Gaspar	Lages		
6- Guaramirim	Içara	Palhoça		
7- Herval do Oeste	Indaial			
8- Itaiópolis	Laguna			
9- Ituporanga	Mafra			
10- Joaçaba	Navegantes			
11- Maravilha	São Bento do Sul			
12- Orleans	Tubarão			
13- Penha				
14- Pomerode				
15- Porto União				
16- Rio Negrinho				
17- São João Batista				
18- São Lourenço do Oeste				
19- São Miguel do Oeste				
20- Sombrio				
21- Tijucas				

22- Timbó	
23- Urussanga	
24- Videira	
25- Xanxerê	

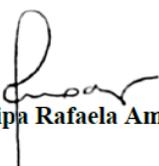


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**  
**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE**  
**CONCLUSÃO DE CURSO**

Trabalho de relevância para o Sistema Único de Saúde, pois, apresenta um diagnóstico dos planos municipais de saúde, sob a perspectiva do controle social em saúde.

Florianópolis, 03 junho de 2019.

  
**Dra. Felipa Rafaela Amadigi**