



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização *lato sensu* em Saúde Pública

Vyvian Ambrosino

**Título: Planejamento na Saúde: implicações entre práticas de planejamento e o
Plano de Saúde Municipal**

Belo Horizonte

2024

VYVIAN AMBROSINO

Título: Planejamento na Saúde: implicações entre práticas de planejamento e o Plano de Saúde Municipal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lucília Nunes Assis

Belo Horizonte

2024

Ficha Catalográfica

A496p

Ambrosino, Vyvian.

Planejamento na saúde: implicações entre práticas de planejamento e o Plano de Saúde Municipal. / Vyvian Ambrosino. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

83 f.

Orientador(a): Lucília Nunes Assis.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Planejamento em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Gestão Municipal. 4. Atenção Primária. 5. Planejamento Estratégico. I. Assis, Lucília Nunes. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 541

Vyvian Ambrosino

**Título: Planejamento na Saúde: implicações entre práticas de planejamento e o
Plano de Saúde Municipal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública.

Prof^a. Dr^a. Lucília Nunes Assis – ESP-MG (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Luciana de Souza d'Ávila – ESP-MG (Banca Examinadora)

Prof^a. Dr^a. Maria José Nogueira – ESP-MG (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 08 de outubro de 2024

HOMENAGEM

Dedico este trabalho aos meus filhos, João, Vinícius e Thomas que são minha maior fonte de inspiração e força. Agradeço imensamente pela paciência e compreensão diante das minhas ausências durante esta jornada. Vocês me motivam a buscar sempre o melhor, e cada conquista é também para vocês. Que este exemplo de dedicação aos estudos e à saúde pública mostre que, com esforço e amor, podemos alcançar tudo o que sonhamos. Amo vocês profundamente e sou eternamente grata por cada sorriso, abraço e apoio que me ajudam a seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos e cunhadas, minha profunda gratidão por todo o apoio durante esta jornada. A paciência, o carinho e a ajuda, especialmente ao cuidarem do meu pequeno nas minhas ausências, foram fundamentais para que eu pudesse me dedicar aos estudos. Vocês foram meu suporte em momentos desafiadores, e sou eternamente grata por tê-los ao meu lado.

À minha orientadora, Prof.^a. Dr.^a. Lucília Nunes Assis, agradeço pela dedicação, pelos conselhos valiosos e pela confiança depositada em mim. Sua orientação foi essencial para a realização deste trabalho, e sua sabedoria guiou cada passo desta caminhada acadêmica. Obrigada por ser uma mentora inspiradora e por compartilhar tanto conhecimento e generosidade ao longo deste processo.

*“Se planejar é sinônimo
de conduzir
conscientemente, não
existirá então alternativa
ao planejamento. Ou
planejamos ou somos
escravos da circunstância.
Negar o planejamento é
negar a possibilidade de
escolher o futuro, é
aceitá-lo seja ele qual for”.*
Carlos Matus.

RESUMO

Este trabalho analisou as práticas de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco no município de Natércia, Minas Gerais e buscou compreender as implicações entre o planejamento estratégico e a eficiência da gestão pública de saúde, a partir do estudo de métodos e técnicas de planejamento, seguido da análise do Plano de Saúde Municipal de Natércia/MG de 2022-2025. Utilizando-se como base o Planejamento Estratégico Situacional (PES), em aplicação propositiva, o estudo explicou um problema considerado relevante, o incremento das internações por condições sensíveis à intervenção da Atenção Primária à Saúde (APS), identificando soluções para melhorar a organização dos serviços de saúde e a alocação de recursos. Assim, a pesquisa explorou os desafios enfrentados pela gestão municipal, como o desconhecimento técnico sobre práticas de planejamento dos gestores e o subfinanciamento do sistema público, fatores que dificultam a implementação de políticas eficazes. A importância da APS, da participação social e da integração entre as esferas de governo foi destacada como fundamental para fortalecer a gestão e promover um atendimento equitativo e de qualidade à população. Conclui-se que o planejamento eficaz é um elemento chave para otimizar a gestão municipal de saúde, garantindo maior acessibilidade e melhores resultados para os cidadãos. A experiência foi considerada pertinente ao ponto de ser reproduzida com equipes de profissionais, em momento oportuno, no âmbito da gestão da saúde municipal.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão Municipal; Atenção Primária; Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

His work analyzes planning practices in the Unified Health System (SUS), focusing on the municipality of Natércia, Minas Gerais, and seeks to understand the implications between strategic planning and the efficiency of public health management. The research explores the challenges faced by municipal management, such as managers' lack of technical knowledge and system underfunding, factors that hinder the implementation of effective policies. Using Situational Strategic Planning (PES) and other methods as a basis, the study proposes solutions to improve the organization of health services and the allocation of resources. The importance of primary health care, social participation and integration between spheres of government is highlighted as fundamental to strengthening management and promoting equitable and quality care for the population. It is concluded that effective planning is a key element to optimize municipal health management, ensuring greater accessibility and better results for citizens.

Keywords: Health Planning; Unified Health System; Municipal Management; Primary Care; Strategic Planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes do Sistema de Saúde.....	37
Figura 2 - Pirâmide etária do município de Natércia, 2022.....	42
Figura 3 - Mapa com características do PIB do município de Natércia e relação com demais municípios de Minas Gerais.....	43
Figura 4 - Índice IMRS – Renda e Emprego de municípios da Microrregião de Saúde de Pouso Alegre, com destaque para Natércia, 2014.....	44
Figura 5 - Índice IMRS – Renda e Emprego de municípios de Minas Gerais com destaque para Natércia, 2014.....	44
Figura 6 - Esforço Orçamentário de Municípios da Microrregião de Saúde Pouso Alegre em atividades de saúde, 2022.....	45
Figura 7 - Índice de Saúde (IMRS) dos municípios da microrregião de saúde de Pouso Alegre, 2020.....	46
Figura 8 - estabelecimentos de saúde do município de Natércia segundo o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.....	47
Figura 9 - Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de Munícipes segundo Municípios da Microrregião de Pouso Alegre, 2022.....	54
Figura 10 - Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de Munícipes de 60 anos ou mais segundo Municípios da Microrregião de Pouso Alegre, 2022.....	55
Figura 11 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica no município de Natércia, 2014-2024.....	56
Figura 2 - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.....	59
Figura 13 - Internações por Condições Sensíveis à APS da população de Natércia.....	60
Figura 3 - % ICSAB população 60 anos ou mais.....	61
Figura 15 - Taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis na população de 30 a 69 anos.....	62
Figura 16 - Intoxicação exógena - tentativa de suicídio da população residente no município de Natércia.....	64
Figura 17 - Dados da Exposição de Intoxicação Exógena: da população residente no município de Natércia.....	65

Figura 18 - Óbitos por suicídio da população residente do município de Natércia.....	66
Figura 19 - Árvore de Problemas - Internações Sensíveis a APS.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Áreas abastecidas pela companhia de saneamento de Minas Gerais (COPASA) no município de Natércia.....	50
Tabela 2: Indicadores de desempenho da Atenção Primária a Saúde – 3º quadrimestre de 2023 – Estratégia Saúde da Família – Município de Natércia.....	53
Tabela 3: Análise da Situação: Priorização de Problemas de Saúde da população de Natércia.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Programa de Qualificação da Regulação da Média Complexidade Ambulatorial no Município X (2024-2025).....	34
Quadro 2 - Fundamentos teórico-práticos do Planejamento Estratégico Situacional.....	35
Quadro 3 - Características Demográficas de Natércia/MG, 2022.....	41
Quadro 4 - Tipo de esgotamento sanitário mais utilizado pelos munícipes de Natércia.....	47
Quadro 5 - Coleta e tratamento de esgoto do município de Natércia.....	48
Quadro 6 -Principal forma de abastecimento de água do município de Natércia.....	48
Quadro 7 - Classificação das doenças registradas como causa de internações de munícipes de Natércia/MG entre os anos de 2019 a 2023.....	55
Quadro 7 - Classificação das doenças registradas como causa de internações de munícipes de Natércia/MG entre os anos de 2019 a 2023 (continua).....	56
Quadro 8 -Número de óbitos segundo Classificação Internacional de Doenças (CID) – 10 de munícipes de Natércia/MG, entre 2019 e 2022.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária em Saúde
ART	Artigo
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CENDES-OPS	Centro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social de Programação Sanitária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CISAMESP	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Médio Sapucaí
CISSULSAMU	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLDF	Câmara Legislativa do Distrito Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
Covid-19	Corona Vírus Disease 2019
CPPS	Centros de Produção de Planejamento em Saúde
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DAFO	Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EC	Emenda Complementar
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz

FJP	Fundação João Pinheiro
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
IMRS	Índice Mineiro de Responsabilidade Social
INAMPS	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
OGU	Orçamento Geral da União
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PR	Paraná
PSF	Programa de Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIS	Sistemas de Informação de Saúde
SISÁGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Strenghts (pontos fortes/fortalezas); (ii) Weaknesses (pontos negativos/fraquezas); (iii) Opportunities (oportunidades) e (iv) Threats (ameaças)
VigiMinas	Programa de Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde
VISA	Vigilância Sanitária

DSAP

Doenças Sensíveis à Atenção Primária

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVO GERAL	19
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	19
3. Capítulo 1: Fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS)	19
3.1 Histórico do SUS: Criação, princípios e diretrizes.	19
3.2 Estrutura do SUS: Organização administrativa e operacional.	21
4. Capítulo 2: O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil	29
4.1 Planejamento em saúde: conceitos	29
4.2 Métodos de planejamento	31
4.3 Estrutura do planejamento: como elaborar um plano	37
5. Capítulo 3: Um olhar sobre o Plano Municipal de Saúde de Natércia/MG.....	39
5.1 Objeto e Métodos do Estudo	39
5.2 Análise do Plano Municipal de Natércia/MG	40
6. Conclusão.....	77
Referências	80

1. INTRODUÇÃO

Nasci e cresci no município de Natércia, sul de Minas Gerais, com população estimada de 4.727 pessoas. Iniciei minha trajetória na saúde em 2.011 como faxineira em uma unidade de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores conquistas sociais do Brasil, sendo responsável por garantir o direito a saúde de toda a população de forma universal, integral e gratuita, a partir da Constituição Federal promulgada em 1.988 (BRASIL, 1988).

Quatro anos após fui convidada a auxiliar nos cadastros dos cidadãos no prontuário *eSUS AB*, onde comecei o meu aprendizado sobre os Sistemas de Informação de Saúde (SIS) do SUS que possibilita o registro e a coleta de dado, transformando-os em informações relevantes para a tomada de decisão na saúde. Essa experiência profissional permitiu em pouco tempo a compreensão sobre alimentação e análise de quase todos os sistemas que a secretaria de saúde do município era responsável.

Todavia minha jornada não terminaria nos sistemas de informação, como ansiava por aprender mais, voltei a estudar na Educação de Jovens e Adultos (EJA) e em seguida decidi fazer uma faculdade à distância, o que o momento me permitia, embora gostasse muito dos sistemas de informação meu desejo era me tornar professora, então minha escolha naquele momento foi de estudar pedagogia, assim continuei minha trajetória e não muito distante, já formada, fui chamada a assumir a coordenação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entendi tal convite como uma oportunidade a qual requereu minha decisão e coragem em aventurar em uma experiência de coordenação que me acompanhou por três anos, até quando houve eleições municipais e se encerrou a gestão.

Antes mesmo de terminar a gestão em meio de dúvidas de como seria daquele momento em diante fui pega de surpresa sendo convidada para assumir a gestão da Secretaria de Saúde do município, assumindo o cargo de secretária de saúde o qual ocupo desde 02 de janeiro de 2021.

Nessa jornada, deparei-me com muitos percalços e desafios, já que não tinha conhecimento técnico na área de saúde, e o aprendizado deu-se na vivência do dia a dia. Os principais questionamentos que advinham da nova experiência eram: como fazer gestão do desconhecido? Como planejar o que é pouco sabido, diante do pouco conhecimento técnico? Ao mesmo tempo, entendia que eram justamente tais

questionamentos, frente ao cotidiano do trabalho, que me impulsionavam diante dos desafios encontrados, em um contínuo processo de aprendizagem e avanços do fazer (FREIRE, 2011). Tarefa árdua, planejar um sistema de saúde, com toda a sua complexidade, em um cenário caracterizado por rápidas mudanças e evoluções constantes, o que impõe desafios e exige tomadas de decisão ágeis. Nesse contexto, o planejamento eficaz destaca-se como um elemento fundamental para a organização e o funcionamento do sistema, com o objetivo de garantir que os serviços de saúde sejam acessíveis, equitativos e de qualidade. Segundo Rivera e Artmann (2014), o planejamento faz parte das ações cotidianas e, por meio dele, busca-se compatibilizar um conjunto diversificado de ações e recursos para o alcance de objetivos, dessa forma, torna-se imprescindível, por meio do planejamento, estabelecer metas claras e indicadores, facilitando a identificação de áreas que necessitem de melhorias e implementação de estratégias para aprimorar a qualidade do atendimento, sendo os sistemas de informação cruciais na formulação de um bom planejamento.

Todavia, define-se como Sistema de Planejamento do SUS “a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (GONÇALVES, 2014:26), sendo um componente vital para o funcionamento eficaz e eficiente deste Sistema, permitindo a organização e a coordenação dos serviços, bem como a otimização de alocação racional de recursos, a melhoria contínua da qualidade do atendimento, a promoção da equidade e a sustentabilidade do sistema.

Assim, o planejamento assume um papel fundamental ao problematizar os limites e discutir as possibilidades de melhorias no processo de aperfeiçoamento da capacidade de governo das secretarias de saúde. Por ser um instrumento flexível e passível de alterações a qualquer momento, o planejamento é relevante para identificar disparidades e contribuir para a redução das desigualdades.

Este trabalho tem como objetivo analisar a importância do planejamento no SUS, destacando suas principais ferramentas e estratégias, além de abordar os desafios enfrentados na implementação de um planejamento eficaz. Para tanto, será contextualizado o município de Natércia, com a proposta de formas de planejamento e intervenção voltadas para a redução de internações, a melhoria no acesso da população local e a elevação da qualidade das ações realizadas pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Ao final, espera-se contribuir para a compreensão da relevância do planejamento no SUS, evidenciando como ele pode fortalecer a gestão do sistema e contribuir para um atendimento mais eficiente e equitativo para todos os brasileiros.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar práticas de planejamento no Sistema de Saúde Municipal de Natércia.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar os principais desafios da situação de saúde municipal;
- Propor estratégias para a intervenção sobre os nós críticos identificados.

3. Capítulo 1: Fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS)

3.1 Histórico do SUS: Criação, princípios e diretrizes.

O SUS, sistema de saúde brasileiro tem apenas pouco mais de 30 anos, sendo que antes de sua instituição, somente tinha direito à saúde as pessoas que estavam empregadas com carteira assinada, sendo assegurados por regime previdenciário e atenção em saúde enquanto contribuintes, inicialmente por meio de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas pelas empresas e posteriormente aos institutos previdenciários, como Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps (MENICUCCI, 2014). Já o grupo da população, que não possuía vínculo formal de trabalho precisava arcar com os custos do sistema privado de saúde ou recorrer às Santas Casas de Misericórdia.

Diante do exposto, entende-se a correlação da criação do SUS com o Movimento da Reforma Sanitária, de meados da década de 1970, visto que o direito à saúde constituiu um dos eixos da luta e da resistência contra a ditadura militar, com um objetivo único, o acesso gratuito e integral de todos os cidadãos aos serviços de saúde.

O caminho do SUS é marcado pela participação social em sua construção, culminando, em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que acolheu, em seu Relatório, os princípios do projeto sanitaria. Essa conferência abriu caminho para a incorporação de suas recomendações pela Assembleia Nacional Constituinte, que aprovou o texto constitucional determinando como dever do Estado a garantia do direito à saúde a todos os brasileiros, entendendo que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1980).

O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, tem como propósito garantir o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros, fundamentando-se nos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade. Isso é viabilizado por meio do acesso a uma atenção integral, gratuita e de qualidade, oferecida por uma rede de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Ao mesmo tempo, destacou-se que as políticas de saúde dependem de outras políticas para alcançar sua efetividade, afirmando que:

“... a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Lei nº 8.080/90).

O SUS tem marcado sua trajetória por meio de muitas transformações e evoluções. Muitos projetos e programas nasceram e se consolidaram, como é possível observar no recorte de uma década (FHC, 2024):

- 1990: Desmobilização do Inamps, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, um dos primeiros passos para implantação do SUS foi a incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde, através do Decreto nº 99.060, de 7 de março.
- 1991: NOB 91, Norma Operacional Básica do SUS, orientada pelos princípios do INAMPS. A norma centrou-se em atividades hospitalares e ambulatoriais, característica que favorece a lógica da assistência médica, com a doença como referência.
- 1991: FUNASA, o Decreto nº 100, de 16 de abril, cria a Fundação Nacional de Saúde, que assume a área de saneamento básico, partindo

do pressuposto de que a falta de saneamento é uma das principais causas de doenças, como a diarreia, com alto impacto sobre a mortalidade infantil.

- 1991: PACS, Programa Agentes Comunitários de Saúde, visando o desenvolvimento da atenção básica, começa a operar nos estados do Nordeste, privilegiando ações na área materno-infantil, para reduzir os altos e alarmantes índices de incidência de doenças e de mortalidade da época.
- 1991: CIT (Comissão Intergestores Tripartite) é instituída como peça fundamental na estruturação do SUS, por meio da Portaria Ministerial nº 1.180, de 22 de julho. Trata-se de uma instância de articulação e pactuação de âmbito nacional, formada por um número equivalente de representantes dos três entes federativos: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).
- 1992: Plano Nacional de Eliminação de Sarampo, lançado em 1992, visando a extinção da transmissão autóctone da doença (dentro do território nacional) como meta e prioridade política.
- 1994: (PSF) Programa de Saúde da Família: traz inúmeras inovações e desafios, visando o aprofundamento da municipalização e o fortalecimento da chamada atenção primária, com viés na prevenção de doenças e o atendimento aos casos de menor complexidade.

O SUS continua em constante evolução, atendendo a uma população nacional de mais de 200 milhões de habitantes. Oferece não apenas cuidados assistenciais (médico-hospitalares), mas também serviços de prevenção de doenças e de promoção à saúde, com acompanhamento do cidadão em todas as fases da vida.

3.2 Estrutura do SUS: Organização administrativa e operacional.

A organização do SUS envolve uma rede complexa de serviços, cuja coordenação entre as esferas federal, estadual e municipal está estruturada para garantir o acesso universal e integral à saúde. As responsabilidades são atribuídas conforme o nível de gestão, conforme demonstrado a seguir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024):

Esfera Federal: O Ministério da Saúde é o órgão central responsável pela formulação de políticas, diretrizes e normas para a saúde pública no Brasil. Cabe a ele a coordenação nacional do SUS, com as seguintes funções principais:

- Definir políticas nacionais de saúde;
- Coordenar programas de saúde de abrangência nacional;
- Financiar e repassar recursos para estados e municípios;
- Monitorar e avaliar o desempenho do SUS;
- Promover a vigilância sanitária e epidemiológica.

Esfera Estadual: As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela gestão e execução das políticas de saúde no âmbito estadual. Elas atuam como intermediárias entre o nível federal e os municípios, com as seguintes funções principais:

- Coordenar e apoiar tecnicamente os municípios;
- Distribuir recursos financeiros e técnicos para os municípios;
- Monitorar e avaliar os serviços de saúde no estado;
- Implementar programas de saúde que atendam às especificidades regionais;
- Gerenciar hospitais e unidades de saúde estaduais.

Esfera Municipal: As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pela gestão e execução direta dos serviços de saúde para a população local. Os municípios constituem a base da organização do SUS, com as seguintes funções principais:

- Planejar, organizar e controlar os serviços de saúde no município;
- Garantir o atendimento básico e de média complexidade;
- Implementar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- Coordenar programas de saúde da família e atenção básica;
- Gerenciar unidades de saúde municipais, como postos de saúde e centros de atenção psicossocial.

Tal atribuição de responsabilidades quanto à gestão do SUS está em consonância com a organização de sua rede de serviços, voltada para a oferta de ações e procedimentos. Esse ponto é destacado por Mendes (2011) ao se referir a serviços de saúde cujo tipo de atenção exige facilidade de acesso geográfico, garantindo a resolução da maior parte dos problemas de saúde da população por meio da promoção, proteção e cuidados preventivos, antes de maiores comprometimentos. Esse processo faz uso de conhecimentos da clínica médica,

bem como das ciências humanas e sociais, o que não implica em menor complexidade no ato em saúde.

O mesmo autor anteriormente referido acrescenta que a atenção à saúde também depende de serviços cuja oferta de ações e procedimentos incorpora aparelhos e equipamentos de alta densidade tecnológica, bem como recursos humanos em saúde com especializações específicas. Nesse contexto, a distância não é um fator impactante nos resultados, sendo necessário, ora uma variedade de atenção especializada (escopo), ora parâmetros de utilização definidos por períodos de tempo (escala), como forma de promover uma atenção resolutiva e integral à saúde, com uso racional de recursos.

Por conseguinte, faz-se necessária a organização do sistema de saúde por meio dos níveis de atenção, com o objetivo de garantir maior organização e a oferta de um atendimento de qualidade e em tempo oportuno. Essa organização também busca otimizar a aplicação dos recursos disponíveis e assegurar o atendimento adequado ao cidadão, conforme suas necessidades.

Diante do exposto, é essencial conceituar aspectos da organização da atenção, considerando os serviços da rede e suas práticas de saúde, de acordo com os níveis de atenção:

Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do SUS e abrange serviços básicos, como consultas, vacinação, acompanhamento de doenças crônicas, saúde da família, entre outros. É a base do sistema e está presente em todos os municípios. Trata-se de uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde da população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

Essa política internacional ficou conhecida como **“Saúde para Todos no Ano 2000”**, em referência à Declaração de Alma-Ata, pacto assinado por 134 países. A declaração defendia a seguinte definição de APS, então denominadas “cuidados primários de saúde”:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a

um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978).

Atenção Especializada

A atenção especializada é composta por dois níveis: a atenção secundária e a atenção terciária, que correspondem, respectivamente, aos serviços de média e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar). A seguir, detalha-se os níveis de atenção:

Atenção Secundária

O objetivo da atenção secundária é fornecer cuidados mais direcionados e eficazes para condições de saúde que não podem ser totalmente tratadas no nível primário, garantindo, assim, a continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde. Esse nível refere-se ao atendimento especializado oferecido a pacientes encaminhados pela atenção primária.

Na atenção secundária, os cuidados são mais complexos e específicos, realizados por profissionais com expertise em campos teórico-práticos específicos, geralmente em ambientes como clínicas, hospitais e centros de referência.

Esse nível compreende:

- Serviços médicos especializados;
- Apoio diagnóstico e terapêutico;
- Atendimento de urgência e emergência.

Os serviços da atenção secundária têm uma densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, sendo historicamente classificados como procedimentos de média complexidade (HYGIA, 2024).

Atenção Terciária

A atenção terciária é o último nível de atenção à saúde, composta por hospitais de grande porte, públicos ou privados, e voltada para o atendimento de condições de alta complexidade. Esse nível é responsável por procedimentos mais invasivos, como cirurgias, transplantes e diálises, e envolve o uso de tecnologias de ponta e custos elevados.

Esse nível refere-se ao mais especializado dentro do sistema de saúde,

sendo voltado para condições que requerem recursos tecnológicos avançados e profissionais altamente especializados.

Geralmente, a atenção terciária é prestada em hospitais de grande porte, centros de referência ou unidades de alta complexidade, como hospitais universitários ou centros especializados em doenças específicas. Exemplos de atendimentos incluem:

- Tratamentos de doenças raras;
- Atendimento a pacientes críticos e em cuidados intensivos;
- Partos de alto risco;
- Transplantes de órgãos.

Além disso, esse nível de atenção envolve serviços de diagnóstico avançado e tratamento de condições que não podem ser resolvidas nos níveis primários (atenção básica) ou secundário (especialidades e média complexidade).

Por fim, constata-se que as práticas de saúde, em todos os níveis de atenção, apresentam diferentes graus de complexidade, requerendo conhecimentos e experiências profissionais diversas. Na atenção terciária, há maior incorporação de densidade tecnológica, envolvendo equipamentos, aparelhos, materiais, insumos e medicamentos.

A legitimação dessa organização e da oferta de atenção em rede está vinculada a uma gestão participativa, viabilizada pela instituição do controle social no SUS, conforme estabelecido pela Lei Orgânica (BRASIL, 1990).

Participação Social

A participação social na saúde refere-se ao envolvimento ativo de cidadãos e comunidades na formulação, implementação e fiscalização das políticas públicas de saúde. Esse princípio está previsto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e tem como objetivo garantir que as decisões e ações no campo da saúde sejam transparentes, democráticas e atendam às necessidades reais da população.

No Brasil, a participação social é um dos pilares fundamentais do SUS e se materializa principalmente por meio dos Conselhos, que foram instituídos legalmente:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão

homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990).

Ainda existem espaços para recomendações relacionadas às demandas, seja em relação aos problemas do estado de saúde, seja do sistema de saúde. Essas recomendações são elaboradas por meio de proposições que ascendem desde o território local (de vida) até o âmbito nacional, permitindo a ampla participação da sociedade civil. Esse processo ocorre, principalmente, por meio das Conferências de Saúde:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990).

Esses são espaços em que a sociedade civil, trabalhadores da saúde e gestores discutem e deliberam sobre as políticas públicas de saúde, onde Conferências e Conselhos de Saúde organizam-se em âmbito municipal, estadual e federal. Essa participação social objetiva garantir que diferentes vozes sejam ouvidas, especialmente aqueles que são mais impactadas pelas políticas de saúde, sendo, portanto, um processo contínuo e essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo e equitativo.

A organização da atenção, gerida de forma participativa, concretiza-se a partir de possíveis fontes de financiamento para a saúde com disponibilização de recursos financeiros, respectiva distribuição e aplicação. Assim, esse tema representa uma componente chave do sistema de saúde público, merecendo uma breve descrição a seguir:

Financiamento

A história do SUS é marcada pelos problemas de financiamento, desde a definição dos recursos até o sequestro de mais de R\$ 48 bilhões, como ocorrido entre 2018 e 2022, considerando a não aplicação dos recursos por gestores e a promulgação de emendas constitucionais, como a EC 95/2016 2016 que congelou os gastos da União com despesas primárias no SUS por 20 anos (NARVAI, 2022).

Assim, corrobora-se a afirmação de que os recursos públicos envolvidos no financiamento do SUS sempre foram insuficientes para garantir uma saúde pública universal, integral e de qualidade, estando atrelados a um processo complexo que

envolve diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal), cuja responsabilidade é compartilhada de forma tripartite, por meio da vinculação de orçamento da seguridade (MENDES, 2013).

Os recursos a serem disponibilizados para a rede de serviços públicos de saúde possuem fontes de financiamento descritas, a seguir, de forma sucinta:

Recursos Federais:

A União é responsável por grande parte dos recursos. Esses recursos vêm de diversas fontes, como o Orçamento Geral da União (OGU), receitas de impostos e contribuições sociais, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Para a União ficou definida uma regra específica, de que deverá investir o mesmo valor do ano anterior adicionado da variação nominal do PIB- Produto Interno Bruto (BRASIL, 2012).

Recursos Estaduais:

Os Estados também contribuem com o financiamento do SUS, sendo definido pela Lei Complementar Nº 141/2012 que os Estados aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação de impostos deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Recursos Municipais:

Os municípios e o Distrito federal, por sua vez, também têm a obrigação de destinar parte de suas receitas para ações e serviços de saúde, conforme o Art. 7º, da Lei Complementar Nº 141/2012, em um montante anual de no mínimo 15%.

Vale ressaltar mais uma vez, a imposição do subfinanciamento e do desfinanciamento dos serviços de saúde por meio da Emenda Constitucional 95/2016 que congelou os gastos do setor saúde, sem o cumprimento de reformas necessárias nas regras fiscais de modo que estas fossem mais simples, flexíveis e com cláusulas de escape para gastos na saúde e maior possibilidade de manejo dos mesmos pelos gestores, mantendo velhos e conhecidos entraves como os desafios das desigualdades entre territórios e respectivas populações, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e problemas de qualidade dos mesmos (ABRASCO; ENSP; FIOCRUZ, 2023).

Gestão do Financiamento

Do Repasse e Aplicação dos Recursos:

O repasse e a aplicação dos recursos do SUS envolvem uma série de mecanismos e processos que buscam garantir que os fundos sejam distribuídos e utilizados de acordo com as necessidades de saúde em todo o Brasil. Os recursos federais são transferidos para estados e municípios por meio de diferentes modalidades, como fundo a fundo (diretamente para os fundos estaduais e municipais de saúde, como no caso de recursos *per capita*), contratos e convênios, estes dois últimos, muitas vezes, atrelados a rubricas de como se pode gastar:

A Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispôs entre outros atos, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde. Esta garantia foi explicitada no artigo 33 da Lei nº. 8080/90 e complementada no artigo 3º da Lei nº. 8142/90, o qual definiu que os recursos serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e o distrito federal. Para receberem os recursos de que trata a Lei nº. 8142/90, os municípios, estados e o Distrito Federal, deveriam contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para implantação (BRASIL, 1990; COSEMS/PR, 2022).

Assim, pode-se pressupor que o processo de repasse dos recursos do SUS é essencial para garantir que as necessidades de saúde da população brasileira sejam atendidas de maneira eficaz e equitativa. Contudo, esse processo enfrenta desafios contínuos relacionados à suficiência de recursos, somados aos desafios de sua gestão de forma equânime, especialmente no que se refere à distribuição entre serviços e à aplicação em ações de saúde, da maneira mais precisa possível, visando à resolubilidade das necessidades de saúde da população de um determinado território.

Para tanto, entende-se que a gestão em saúde se fundamenta no Plano, ou seja, na capacidade de desenhar propósitos sobre o que se quer manter, mudar ou transformar; nos Métodos, o que implica na capacidade de governo por meio do domínio de técnicas para a implementação do plano; e, por fim, na Governabilidade, ou o grau de domínio do gestor ou da equipe gestora sobre os recursos envolvidos (ARTMANN, 2000; MATUS, 1996).

É a partir do desenvolvimento e da aplicação de conceitos teóricos como esses que o planejamento no SUS continua a ser objeto de aprendizado, mas já apresenta atualmente caminhos esboçados, a partir de instrumentos de planejamento e gestão, dentre os quais se destacam:

Plano Plurianual (PPA): Estabelece metas e objetivos para um período de quatro anos, garantindo a continuidade das políticas de saúde.

Programação Anual de Saúde (PAS): Define as diretrizes e prioridades de saúde para o município.

Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): Instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS, que deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Câmara Legislativa de Vereadores, em conformidade com o Art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012.

Relatório Anual de Gestão (RAG): Avalia os resultados alcançados e orienta os ajustes necessários nas políticas e programas de saúde.

Programação Pactuada e Integrada (PPI): Instrumento que facilita a pactuação entre os gestores estaduais e municipais, promovendo a integração das ações de saúde.

Esses instrumentos e meios institucionalizados de planejamento têm como objetivo conduzir a planificação no SUS de forma a evitar que a gestão se baseie em imprevistos ou no acaso. São, portanto, resultados de uma reflexão-ação de longa data sobre o Planejamento em Saúde, tema que será aprofundado no capítulo a seguir.

4. Capítulo 2: O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

4.1 Planejamento em saúde: conceitos

O planejamento em saúde no SUS é um processo essencial para garantir que as políticas e ações de saúde estejam alinhadas às necessidades da população e aos recursos disponíveis. No Brasil, esse processo começou a ser difundido a partir da década de 1940:

A difusão das ideias e o desenvolvimento de esforços para a incorporação de práticas de planejamento no âmbito das organizações governamentais brasileiras começou a partir dos anos 40, com a elaboração de propostas, diagnósticos e até mesmo uma tentativa de elaboração de um Plano que contemplasse a racionalização do processo orçamentário como foi o caso do Plano SALTE, em 1948. (LAFER. 1970, p.186.).

Pode ser concebido como um processo dinâmico e contínuo, essencial para

garantir a efetividade do sistema e a melhoria dos indicadores de saúde. O planejamento busca promover a equidade, a integralidade e a universalidade dos serviços de saúde. Para Teixeira (2001):

o planejamento envolve um conjunto de questões de natureza teórica, metodológica, técnica e instrumental – que se conformam ao longo do seu desenvolvimento enquanto prática social –, sendo um campo de constantes reflexões e experimentações, na medida em que diferentes abordagens e enfoques interagem e se acumulam em função da redefinição das demandas e necessidades historicamente determinadas.

O Dicionário Houaiss de língua portuguesa (2001) define “planejamento” como:

[...] o ato ou efeito de planejar; serviço de preparação de um trabalho, de uma tarefa com o estabelecimento de métodos convenientes; planificação; determinação de um conjunto de procedimentos, de ações visando à realização de um determinado projeto; elaboração de planos governamentais, especialmente nas áreas econômica e social.

Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) complementam a definição de planejamento ao destacarem que planejar é:

...a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interação com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejadas e nele pré-estabelecidos.

Assim sendo, planejar possibilita a criação de ambientes favoráveis à inovação, onde novas abordagens para a prestação de serviços de saúde podem ser testadas e, se eficazes, implementadas em larga escala, dando direcionalidade nas ações de serviços de saúde com maior eficácia e eficiência, afim de promover a sustentabilidade do sistema, e assegurar que todos os brasileiros tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Todavia é necessário ressaltar que:

a prática do planejamento deve ser flexível o suficiente para permitir a adaptação do processo de planejamento à diversidade de problemas, necessidades e demandas, bem como à heterogeneidade das capacidades gerenciais e organizacionais dos órgãos responsáveis pelas ações de saúde nas diversas regiões e estados do país. (TEIXEIRA, 2010).

4.2 Métodos de planejamento

Planejamento perpassa pelo processo de organização e coordenação de recursos, atividades e serviços para alcançar objetivos específicos, envolve a análise das necessidades de saúde da população, a definição de metas e prioridades, a elaboração de estratégias e ações para atingir essas metas, bem como, o monitoramento e avaliação dos resultados.

Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004 apud TEIXEIRA, 2010).

No SUS, o planejamento em saúde é um processo fundamental para organizar e direcionar as ações de saúde de forma eficiente e equitativa. Existem diversos métodos e abordagens utilizadas no planejamento em saúde, cada um com características e finalidades específicas.

Existem diversas metodologias para se fazer um planejamento, todavia;

...a prática de programação em saúde foi inaugurada na América Latina com a elaboração do método CENDES-OPS (OPS, 1965), cujo eixo central era a busca da transposição dos princípios do planejamento econômico para o campo social e, especificamente, para a saúde (TEIXEIRA, 2010).

O objetivo do método CENDES-OPS era melhorar a gestão dos serviços de saúde, promovendo uma alocação mais racional dos recursos e melhorando a eficiência dos sistemas de saúde, trazendo um enfoque para o saber epidemiológico, propondo:

a construção dos indicadores do nível de saúde a partir do levantamento e sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, enfatizando a identificação, descrição e quantificação de variáveis populacionais, como uma primeira e imprescindível etapa para o conhecimento das principais doenças e agravos à saúde que atingem uma determinada população, os grupos mais afetados, as faixas etárias mais atingidas e os riscos mais relevantes (TEIXEIRA, 2010).

Esse método promove uma abordagem sistemática e baseada em evidências para o planejamento em saúde. Apesar de suas limitações, como a aplicação restrita

ao âmbito local, alguns de seus pressupostos e métodos continuam válidos até hoje, especialmente no que se refere ao desenvolvimento de um processo de programação de ações e serviços cujo objetivo central é a racionalização de recursos escassos (TEIXEIRA, 2010).

Com seu enfoque sistemático na coleta e análise de dados, o método introduziu a concepção de um *framework*, permitindo que profissionais e planejadores analisassem as necessidades de saúde da população de maneira estruturada e tomassem decisões fundamentadas em dados e evidências. Além disso, trouxe à tona a ideia de prognóstico, destacando a importância de preparar projeções para o futuro.

No Brasil, na década de 1970, foi desenvolvida a proposta dos Centros de Produção de Planejamento em Saúde (CPPS), uma adaptação do método CENDES-OPS. Essa iniciativa surgiu como resposta à necessidade de aprimorar o planejamento em saúde pública no país, levando em consideração as especificidades regionais e locais.

A Proposta CPPS representou um marco na evolução do planejamento em saúde no Brasil, sinalizando uma transição para um modelo mais descentralizado e participativo. O documento elaborado no âmbito dessa proposta foi estruturado em quatro capítulos: 1º) Introdução aos conceitos de política e processo político; 2º) Sistemas de serviços de saúde, política e planejamento; 3º) Um esquema para a formulação de políticas de saúde; 4º) Áreas sujeitas à política.

Tal documento inicia-se com a seguinte afirmação: “é extremamente difícil propor um procedimento ou uma sequência que satisfaça a todos aqueles que têm a responsabilidade de formular políticas de saúde, ou ainda, que satisfaça totalmente a alguns” (OPS; CPPS, 1975: 35). A discussão teórica em questão também trazia a concepção da elaboração de uma Imagem-Objetivo, entendida como “uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada” (OPS; CPPS, 1975:38).

A proposta do CPPS toma como objeto de planejamento não mais o nível local do setor saúde, unidade programática de produção de serviços voltada à melhoria do nível de saúde de uma dada população recortada no espaço geográfico e político-administrativo de um país, mas sim o sistema de saúde, entendido como uma unidade complexa formada por três níveis: além da base produtiva, denominado nível técnico-operacional, nível político-administrativo e nível técnico-normativo. (TEIXEIRA, 2010.).

A Proposta CPPS trouxe várias contribuições significativas para o desenvolvimento do planejamento em saúde no Brasil. Ela ajudou a estabelecer uma cultura de planejamento contínuo e estratégico no setor de saúde, destacando a importância do planejamento como uma ferramenta central para a gestão eficaz dos sistemas de saúde. Essas contribuições serviram como base para futuras iniciativas e reformas no sistema de saúde brasileiro.

Além desses avanços, destaca-se a contribuição de Mário Testa (1989, 1992), que formulou a proposta do “pensamento estratégico”. Sua reflexão parte de uma crítica à valorização excessiva da análise da problemática do “Poder”, abordando suas formas de expressão e materialização nas relações entre os diversos atores sociais que participam do processo político no “setor saúde”.

Testa (1995) propõe um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, considerando o setor saúde inseparável da totalidade social, o que significa considerar tanto a situação de saúde de uma população quanto a organização setorial como fenômenos socialmente determinados (TEIXEIRA, 2010).

Mário Testa desenvolveu o conceito de “Postulado de Coerência”, um dos elementos-chave para orientar o processo de tomada de decisão no planejamento em saúde. Esse postulado destaca que a eficácia de um plano ou ação depende de uma coerência interna entre os elementos que compõem o planejamento. Em outras palavras, metas, objetivos, estratégias e recursos devem estar alinhados de forma lógica e integrada, evitando contradições e assegurando a consistência e a eficácia das ações planejadas.

Outrossim, é pertinente corroborar o enfoque situacional proposto por Carlos Matus, que desenvolveu uma reflexão abrangente sobre política, planejamento e governo, oferecendo uma base teórica sólida para compreender e aprimorar os processos de planejamento no setor saúde:

A proposta conceitual e metodológica de Matus (1993) toma como ponto de partida a noção de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. Problema é definido por esse autor como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social. Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação. Por sua vez, ator social é uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação (TEIXEIRA, 2010).

O Enfoque Situacional é uma abordagem valiosa para lidar com as complexidades e os desafios da gestão de sistemas de saúde, especialmente em contextos onde as condições podem mudar rapidamente, como durante epidemias ou crises sanitárias. Essa abordagem permite que gestores e planejadores de saúde elaborem estratégias flexíveis, adaptáveis e conectadas às realidades locais.

Para Carlos Matus (1993), governar exige, cada vez mais, um domínio teórico sobre os sistemas sociais e a capacidade de articular constantemente três variáveis essenciais: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade do sistema.

Uma técnica que também se incorporou ao Planejamento em Saúde foi a utilização da matriz de DAFO ou SWOT¹, criada na década de 60 por professores de *Harvard Business Scholl*, muito utilizada na projeção de cenários mais ou menos favoráveis para a operacionalização de um *Plano*, conforme exemplificado a seguir:

Quadro 1 - Programa de Qualificação da Regulação da Média Complexidade Ambulatorial no Município X (2024-2025).

Objetivo: Implantar sistema regulador da média complexidade ambulatorial no município X, 2024-2025			PROJEÇÃO DE CENÁRIO INTERNO	
			FORTALEZAS	DEBILIDADES
PROJEÇÃO DE CENÁRIO EXTERNO Poder de regulação municipal sobre prestadores dos serviços na região de saúde Interessados (?) Opositores (?)	OPORTUNIDADES	Consórcio Intermunicipal motivado com a implantação do sistema de referência e contra-referência.	Programa do Sistema de referência e contra-referência do município testado.	Cultura de solicitação de exames aleatórios em múltiplas consultas médicas.
	AMEAÇAS	Necessidade de sistematizar e analisar dados de série histórica de encaminhamentos e respectivos atendimentos quanto á média complexidade ambulatorial nos municípios de atendimento.	Equipe da Secretaria Municipal motivada (estratégia de mutirão).	Necessidade de coleta e análise de maior série histórica, em período sem o sistema de referência e contra-referência sistematizado ou fluxo implantado.

Fonte: Elaboração própria a partir de RAMALHO, 2015.

¹ A abreviação “SWOT” representa as primeiras letras das seguintes palavras inglesas: (i) *Strenghts* (pontos fortes/fortalezas); (ii) *Weaknesses* (pontos negativos/fraquezas); (iii) *Opportunities* (oportunidades) e (iv) *Threats* (ameaças), ferramenta estratégica usada para analisar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, tal método auxilia na organização e desenvolvimento de estratégias eficazes, aproveitando suas forças e oportunidades enquanto minimiza suas fraquezas e ameaças (MENEZES et al, 2022:1).

Ramalho (2015) complementa que a análise SWOT é uma ferramenta valiosa para avaliar se os principais problemas enfrentados por uma organização estão relacionados à necessidade de revisar a estratégia, melhorar sua implementação ou ambos.

Na América Latina, um conjunto de teorias aplicadas e reelaboradas consolidou o que se conhece como Planejamento Estratégico Situacional (PES). Essa abordagem agrega conceitos teóricos e métodos como o CENDES-OPS, o CPPS e outros, que aprofundaram o entendimento sobre como desenvolver práticas de planejamento em grupos de fatores-chave ou comunidades. O PES baseia-se em explicações múltiplas para os problemas de saúde e na identificação de recursos diversos sob diferentes condições de governabilidade (Quadro 2).

Quadro 2 - Fundamentos teórico-práticos do Planejamento Estratégico Situacional.

	Aspectos conceituais e metodológicos
Método CENDES-OPS	Sujeito: unidades de saúde Processo de programação: Diagnóstico/prognóstico do “nível de saúde” Programação/normatização das ações de saúde Organização do processo de programação por níveis (base territorial): local, regional, nacional (ascendente)
Formulação de Políticas de Saúde - CPPS/OPS	Objeto: necessidades sociais/demandas políticas Sujeito: sistema de serviços de saúde Processo de formulação de políticas: Análise da situação de saúde: riscos/grupos Formulação e análise de proposições; Formalização de políticas (leis, decretos, normas) Organização do processo por níveis do sistema: político, técnico-administrativo e operacional (descendente)
ZOOP: planejamento orientado por projetos	Análise da participação dos grupos envolvidos Análise dos problemas (árvore de problemas, espinha de peixe...) ¹ Análise dos objetivos Elaboração da matriz de planejamento por projeto (Objetivos específicos, resultados, atividades, tarefas, responsáveis, prazos, indicadores de acompanhamento e avaliação)
MAPP: manual de planificação popular	Seleção dos problemas do Plano Identificação do ator que explica Identificação de outros atores Formulação de objetivos Identificação dos nós críticos Desenho de operações Avaliação (ex-ante) das condições de execução Orçamentação Previsão de “eventos surpresas” Cronograma Estabelecimento do sistema de acompanhamento e avaliação

1 – Carlos Matus (1993) propôs a explicação de problemas de saúde por meio do Fluxograma Situacional, identificando determinantes socioeconômicos, culturais e políticos (regras básicas, mais difíceis de alterar), seguido de condicionantes (acúmulo de produções sociais advindas) destes

determinantes (ex.: problemas de infraestrutura, de qualificação dos Recursos Humanos em Saúde, de pouco investimento na rede da APS; existência de doenças negligenciadas ligada à pobreza...) e, por fim, as causas mais visíveis do problema de saúde, como fatos e fenômenos (epidemias, manchetes de jornal sobre filas na emergência de hospitais...). A Árvore de Problemas é uma técnica mais simples que o Fluxograma Situacional, aplicada no planejamento local da saúde (TEIXEIRA, 2010).

Fonte: Elaboração própria a partir de TEIXEIRA, 2010; RIVERA, 2015.

Por fim, o PES consolida-se de forma resumida em quatro momentos, dinâmicos, fluidos e em interface constante:

MOMENTO EXPLICATIVO: Identificação, priorização e explicação dos problemas de saúde por meio de diferentes perspectivas (análise da situação problema, ênfase no conhecer). Os problemas de saúde podem ser classificados em problemas do estado de saúde (medidos por riscos, agravos, indicadores de morbimortalidade) ou problemas do sistema de saúde, conforme Figura 1 a seguir:

Figura 1- Componentes do Sistema de Saúde.



Fonte: Material didático da ESP-MG, a partir de KLECZKOWSKI BM; ROEMER M & WERFF AVD, 1984.

MOMENTO NORMATIVO: Conversão do momento anterior de forma objetiva, com identificando cenários que possam vir a condicionar o enfrentamento dos problemas descritos. (Desenho da Situação Objetivo – onde quero chegar a partir

dos problemas identificados e explicados; Programa Direcional).

MOMENTO ESTRATÉGICO: Análise da coerência externa e interna dos problemas priorizados; análise da factibilidade, u seja, a existência de recursos financeiros, administrativos e técnicos para o enfrentamento do problema e de quem possui tais recursos e/ou como obtê-los, acrescida da viabilidade política, ou consenso sobre a relevância ou o de acordo sobre o problema no que tange a um consenso político e sociocultural (O que fazer? Com quem? Como? Para que?

MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL: Desenho dos Planos/Programas/ Projetos e respectivos objetivos; Metas com indicadores; Descrição das Ações, com respectivos responsáveis e indicadores de monitoramento (Ênfase no Fazer; Condução do processo de operacionalização dos módulos do Plano/Programa/ Projeto).

Muitos são os métodos e técnicas para embasar um planejamento e escolher um método é essencial para assegurar que o planejamento seja eficaz, eficiente e orientado para resultados. Assim sendo, escolher um método para realizar um planejamento é crucial, porque fornece uma estrutura organizada e coerente a fim de orientar o processo decisório e o desenvolvimento estratégico.

4.3 Estrutura do planejamento: como elaborar um plano

Elaborar um planejamento envolve um processo estruturado para definir objetivos, identificar recursos necessários, prever desafios e criar uma sequência de ações, conforme se segue:

1º: Definir o Objetivo:

Especificar a meta ou propósito, determinar claramente o que você quer alcançar. Os objetivos devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e com prazo.

2º: Analisar o Ambiente (Interno e Externo):

Para análise interna identifique os recursos e capacidades da organização, como suas forças e fraquezas, pode-se utilizar o método DAFO para esse fim, para a análise externa examine o ambiente externo, incluindo oportunidades e ameaças, como concorrência, regulamentações, tendências de mercado e outros fatores.

3º: Identificar Recursos Necessários:

Recursos humanos: Quem será responsável por cada etapa do plano? Avalie

se você tem as pessoas certas e em número suficiente.

Recursos financeiros: Determine o orçamento necessário para alcançar seus objetivos.

Recursos materiais e tecnológicos: Avalie as ferramentas, equipamentos e tecnologias necessárias para o processo.

4º: Estabelecer Prioridades e Etapas:

Sequenciamento de ações: Defina uma sequência de tarefas e etapas que precisarão ser cumpridas. As ações devem ser planejadas de forma lógica e progressiva.

Estabeleça prazos: Defina cronogramas para cada etapa, assegurando que cada tarefa tenha um tempo de conclusão.

5º: Elaborar Estratégias e Táticas

Estratégias: Defina como você pretende atingir seus objetivos de maneira ampla. Quais métodos ou abordagens utilizará para enfrentar os desafios e explorar oportunidades?

Táticas: Determine as ações específicas necessárias para implementar as estratégias. Cada tática deve ser clara e executável.

6º: Definir Indicadores

Estabeleça indicadores de desempenho para monitorar o progresso do planejamento. Esses indicadores devem ser mensuráveis e ligados diretamente aos objetivos definidos.

Marcos e pontos de verificação: Crie momentos de avaliação ao longo do processo para medir se o plano está no caminho certo.

7º: Prever Riscos e Desafios:

Análise de riscos: Identifique possíveis obstáculos e imprevistos que possam comprometer o plano. Isso pode incluir fatores econômicos, tecnológicos, políticos, etc.

Planos de contingência: Desenvolva alternativas e planos de ação caso os riscos se concretizem.

8º: Alocar Responsabilidades:

Distribua tarefas: Defina quem será responsável por cada parte do planejamento e assegure que todos estejam claros sobre suas funções.

Delegação de autoridade: Assegure que aqueles que estão com responsabilidades também tenham o poder de tomar decisões necessárias.

9º: Implementar o Plano:

Execução: Coloque o plano em prática seguindo o cronograma estabelecido.

Comunicação: Mantenha todos os envolvidos informados e alinhados com o progresso e as decisões tomadas ao longo do processo.

10º: Monitorar e Ajustar:

- ✓ Avaliação contínua: Acompanhar o progresso em relação aos indicadores e prazos estabelecidos. Verificar se o planejamento está sendo eficaz e ajustado conforme necessário.
- ✓ Correção de curso: Se algo não estiver funcionando conforme o planejado, ajustar a estratégia, os recursos ou os prazos para corrigir o rumo e garantir que o objetivo final seja alcançado.

Por fim, elaborar um planejamento eficaz requer clareza nos objetivos, análise detalhada, estratégias bem pensadas e monitoramento constante. O processo deve ser flexível o suficiente para permitir ajustes e garantir o sucesso, para se construir um planejamento é necessário avaliar a viabilidade da aplicabilidade e, segundo Teixeira (2010), o desenho de propostas de intervenção e suas respectivas estratégias de ação incluem a definição das linhas de ação, a análise de viabilidade das intervenções propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade do Plano.

5. Capítulo 3: Um olhar sobre o Plano Municipal de Saúde de Natércia/MG

5.1 Objeto e Métodos do Estudo

A revisão de literatura sobre métodos e técnicas de planejamento fez com que se voltasse o olhar para um instrumento de planejamento fundamental e já instituído legalmente no SUS: O Plano Municipal de Saúde. A partir daqui os conhecimentos teórico-práticos foram aplicados tendo por referência o Plano Municipal de Saúde de Natércia em MG, vigente em 2024.

Em um primeiro momento, o Município foi apresentado a partir de uma breve descrição do contexto municipal, considerando sua inserção geográfica, político-econômica e social no âmbito do estado.

A seguir, as políticas de saúde do município foram abordadas quanto ao componente financiamento e organização da Rede de Atenção à Saúde, seja aquela

relacionada ao atendimento da população própria ou de referência, vinda de outros municípios. Os encaminhamentos dos munícipes de Natércia para atendimento em serviços de saúde em outras localidades também foram apontados, a fim de revelar a perspectiva da atenção integral da população de origem de Natércia, no âmbito de uma rede de saúde regionalizada.

O momento seguinte expressou uma análise de dados demográficos da população de Natércia/MG, em interface com os principais problemas de saúde destacados a partir do Plano de Saúde vigente em 2024.

Por fim, problemas do estado de saúde foram analisados a partir do conteúdo do Plano de Saúde Municipal e priorizados, considerando o recurso tempo envolvido para o desenvolvimento deste TCC, onde o principal problema apontado foi explicado em suas causas e consequências, utilizando-se da técnica da Árvore de Problemas, no propósito de reproduzir tal experiência com as equipes de saúde do município em um momento posterior e oportuno (TEIXEIRA, 2010).

O propósito final do trabalho objetivou experimentar o domínio de métodos e técnicas de planejamento em saúde a fim de aperfeiçoar tais práticas, como forma de qualificar a gestão do setor, bem como, obter melhores resultados de saúde para a população municipal.

5.2 Análise do Plano Municipal de Natércia/MG

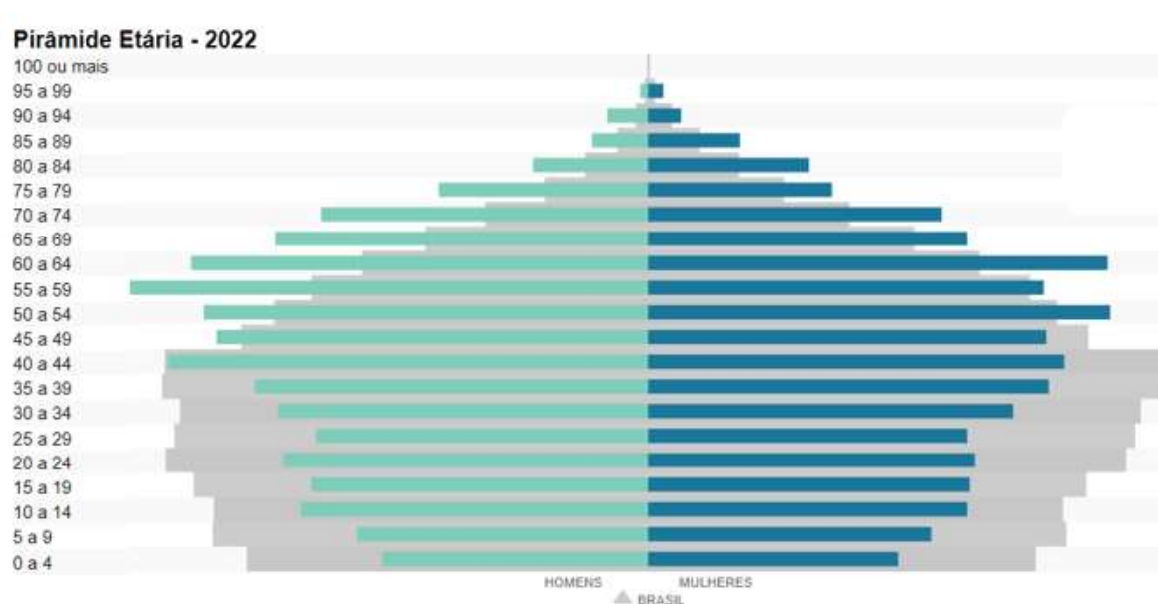
O município de Natércia-MG está localizado no estado de Minas Gerais, na região sudeste do Brasil, sul de Minas Gerais, região de Saúde macrorregião Extremo SUL e microrregião de saúde Pouso Alegre, situado a 25 km da Rodovia Fernão Dias e faz divisa com os municípios de Careacú, Conceição das Pedras, Heliódora, Jesuânia, Lambari, Pedralva e Santa Rita do Sapucaí. O município possui uma área de 192 km², com altitude máxima de 1.531 metros (Serra Santa Catarina) e mínima de 842 metros (Rio Turvo). A temperatura média varia entre 15°C e 25°C, com um índice pluviométrico anual de 1.300 mm, caracterizando um terreno semi-montanoso. Os principais rios são o Rio Turvo (ou Barreiro) e o Rio São Bernardo, pertencentes à Bacia do Rio Grande.

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2.022 o município tem uma população residente de 4.691 pessoas e estimada em 2.024 de 4.800 pessoas e de acordo com o Prontuário Eletrônico do

Cidadão (PEC) tem 4.822 pessoas cadastradas na Estratégia Saúde da Família.

A população de Natércia apresenta uma distribuição equilibrada entre diferentes faixas etárias, com uma predominância de adultos e idosos. Como em muitas cidades do interior, há um envelhecimento progressivo da população podendo ser uma das causas à migração de jovens para cidades maiores em busca de oportunidades de emprego e educação.

Figura 2 - Pirâmide etária do município de Natércia, 2022.



Fonte: IBGE 2022

Podemos ainda corroborar esses dados demográficos com Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) da Fundação João Pinheiro (FJP), sendo possível notar que a maior parte da população residente é acima de 65 anos e que o índice de envelhecimento da população é alto, o que pode trazer impactos na economia e nas ações e serviços de saúde (Quadro 3).

Quadro 3 - Características Demográficas de Natércia/MG, 2022.

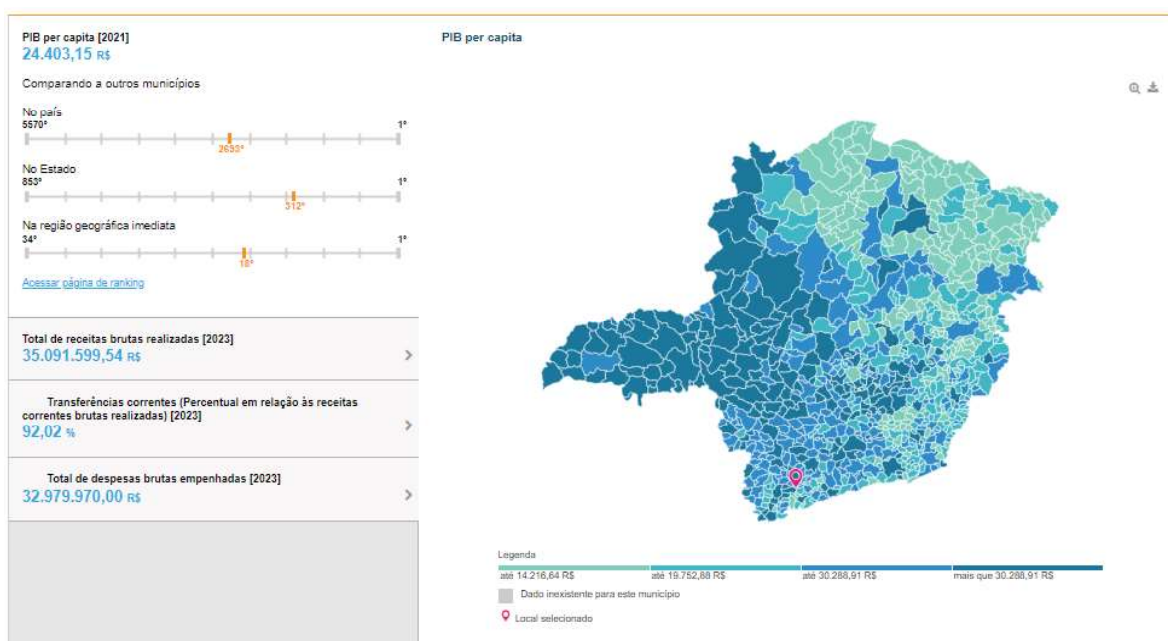
Ano	Densidade populacional	Percentual de crianças com 4 e 5 anos de idade	Percentual de crianças com até 5 anos de idade	Percentual da população de 6 a 17 anos de idade	Razão de dependência	Percentual da população com menos de 15 anos de idade	Percentual da população com 65 anos ou mais de idade	Índice de envelhecimento
2022	24,77	2,13	4,3	12,79	49,79	15,88	18,57	126,6

Fonte: Fundação João Pinheiro, 2024.

Sua principal fonte de economia é o agronegócio, sendo predominante a cultivação do plantio de café e o manejo de gado leiteiro e de corte; em 2021, o PIB

per capita era de R\$ 24.403,15. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 312º dentre 853 entre os municípios do estado e na 2693º dentre 5570 municípios de todo o país. Já o percentual de receitas externas em 2023 era de 92,02%, o que o colocava na posição 244º de 853 entre os municípios do estado e na 1381º de 5570 entre os municípios do Brasil, apontando uma grande dependência de receitas externas, realidade prevalente e um nó crítico inerente ao modelo federalista brasileiro. Em 2023, o total de receitas realizadas foi de R\$ 35.091.599,54 (x1000) e o total de despesas empenhadas foi de R\$ 32.979.970 (x1000) e isso implica na posição, respectivamente, 668 e 646 entre os 853 de MG e na 4443 e 4314 de 5570 brasileiros.

Figura 3 - Mapa com características do PIB do município de Natércia e relação com demais municípios de Minas Gerais.

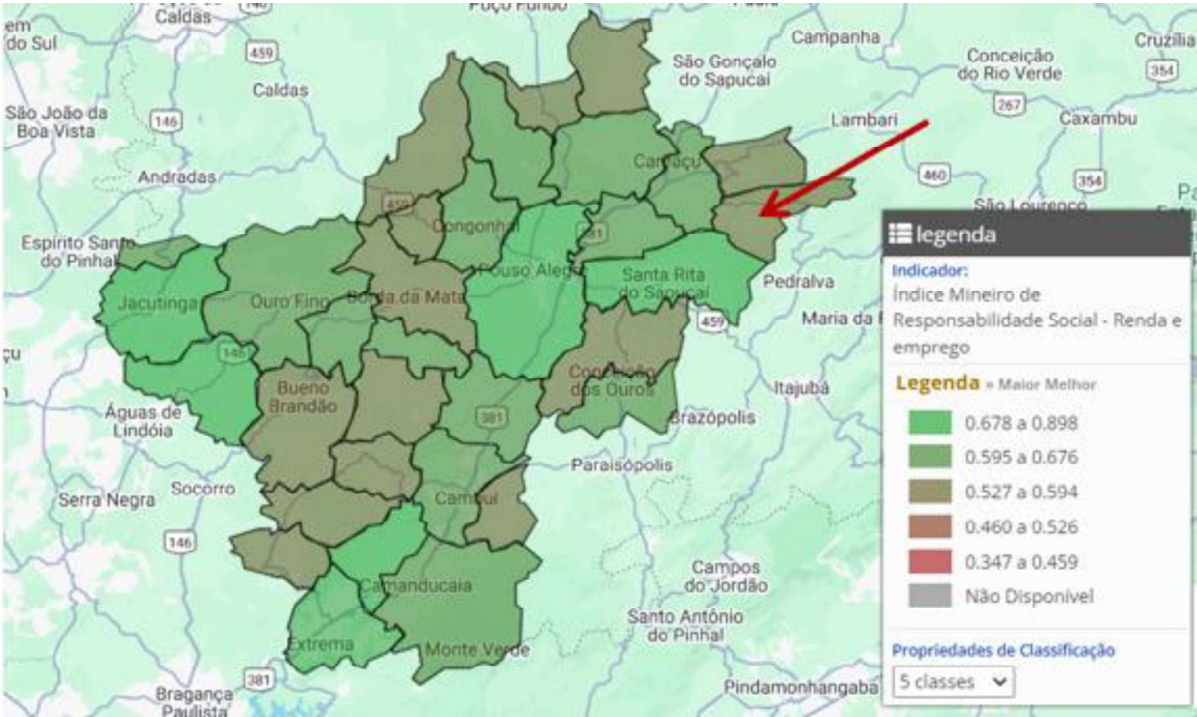


Fonte: IBGE, 2022

Analisando o IMRS, quanto ao Índice componente Renda e Emprego, verifica-se que Natércia não se destaca quanto à geração de renda e emprego, seja na microrregião de saúde de Pouso Alegre ou no âmbito estadual, com um índice de 0,565 (baixo)², estando em situação semelhante a alguns municípios de sua região de saúde e do próprio estado (Figuras 4 e 5):

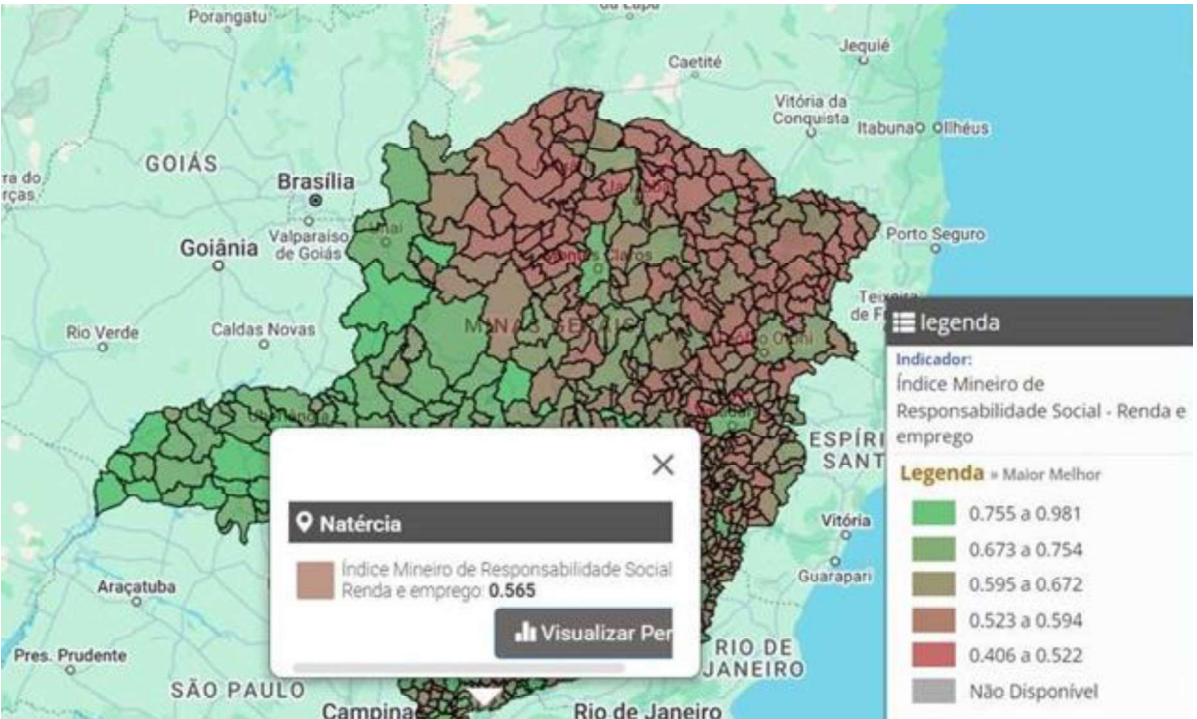
² Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS): a partir de 0,800 a 1 – muito alto; a partir de 0,700 e < que 0,800 - alto; a partir de 0,600 e menor que 0,700 - médio; a partir de 0,500 e < que 0,500 - baixo; < que 0,500 - muito baixo.

Figura 4 - índice IMRS – Renda e Emprego de municípios da Microrregião de Saúde de Pouso Alegre, com destaque para Natércia, 2014.



Obs.: Município de Natércia apontado pela seta.
Fonte: Fundação João Pinheiro, 2024.

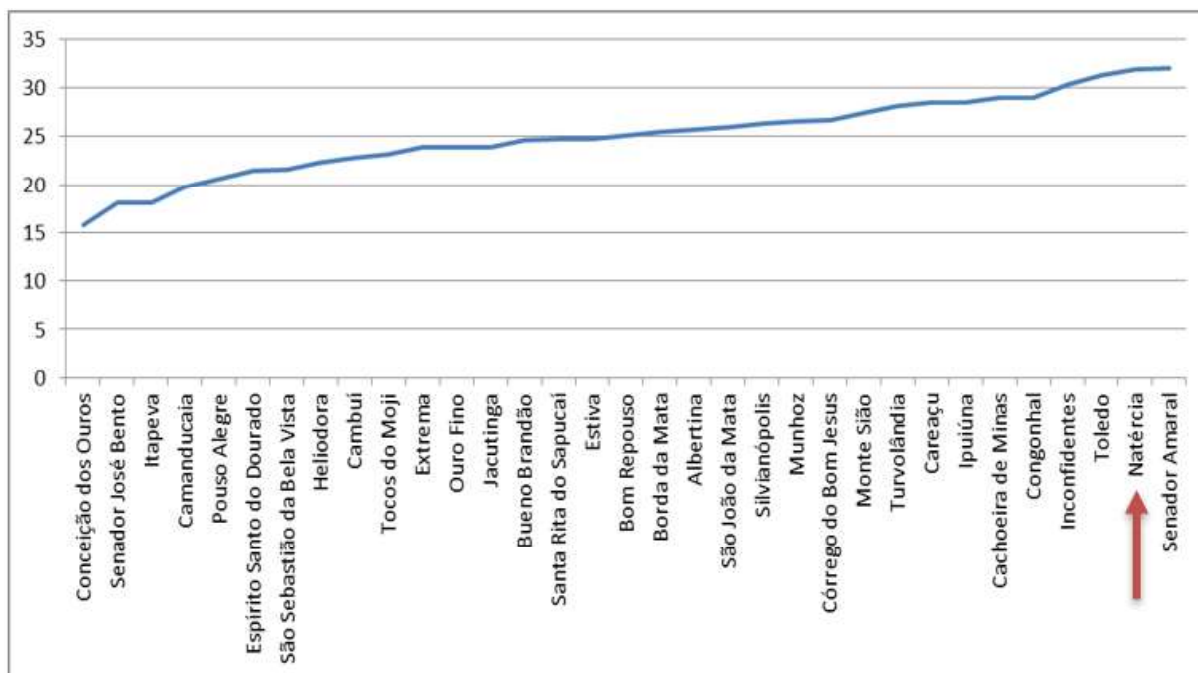
Figura 5 - índice IMRS – Renda e Emprego de municípios de Minas Gerais com destaque para Natércia, 2014.



Fonte: Fundação João Pinheiro, 2024.

Por sua vez, quando se analisa o esforço orçamentário em atividades de saúde, Natércia demonstra seu empenho mesmo considerando a situação desfavorável anteriormente apontada (Figura 6):

Figura 6- Esforço Orçamentário de Municípios da Microrregião de Saúde Pouso Alegre em atividades de saúde, 2022.

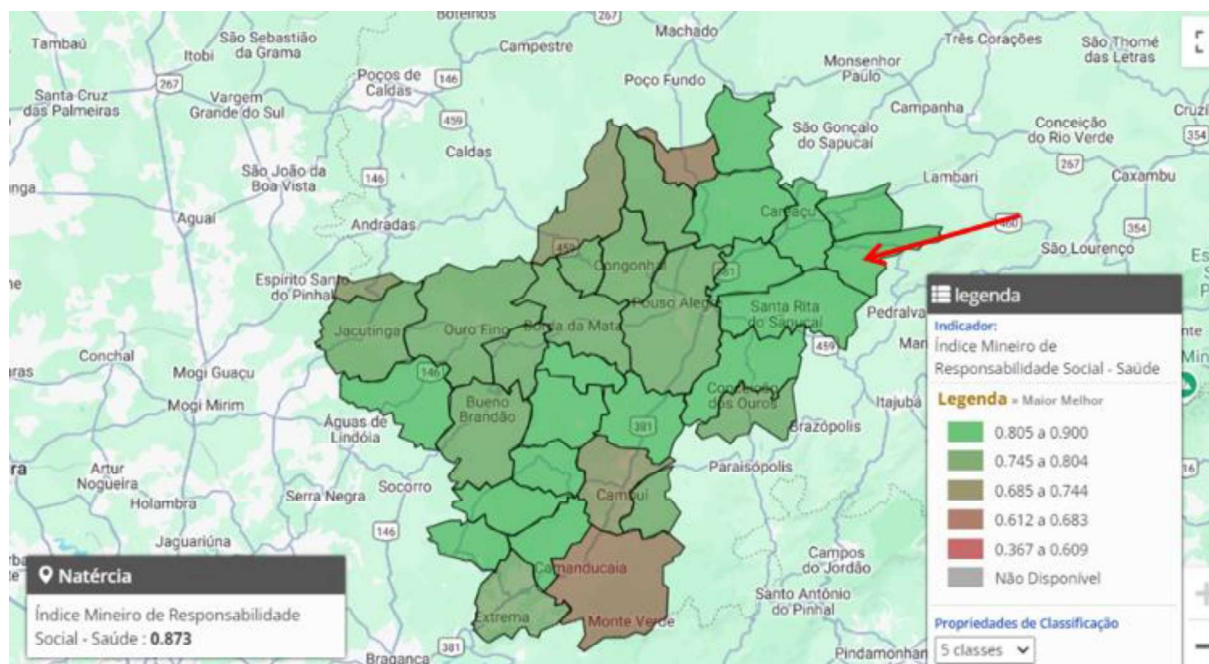


Obs.: Município de Natércia apontado pela seta.

Fonte: Fundação João Pinheiro, 2024.

Quanto às políticas de saúde, Natércia enquanto município que compõe a macrorregião de saúde Extremo Sul e a microrregião de saúde de Pouso Alegre, correlaciona-se com um perfil de responsabilidade social na saúde de 0.873 (muito alto), segundo Índice de Saúde, componente do IMRS, conforme ilustrado pela Figura 7, a seguir:

Figura 7 - Índice de Saúde (IMRS) dos municípios da microrregião de saúde de Pouso Alegre, 2020.



Obs.: Município de Natércia apontado pela seta.

Fonte: Fundação João Pinheiro, 2024.

No início de 2023 o município passou pelo processo de descentralização e se tornou pleno, assumindo a gestão dos prestadores nos estabelecimentos de saúde, que tinham gestão compartilhada com o Estado, atualmente o município possui seis estabelecimentos sobre sua gestão, conforme aponta os dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), demonstrado na Figura 8:

Figura 8 - estabelecimentos de saúde do município de Natércia segundo o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.

UF	Município	CNES	Nome Fantasia	Natureza Jurídica(Grupo)	Gestão	Atende SUS	DETALHES
MG	NATERCIA	4622057	CENTRO DE CONVIVENCIA DE NATERCIA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M	SIM	 
MG	NATERCIA	9753125	FARMACIA DE TODOS	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M	SIM	 
MG	NATERCIA	3351734	PSF ANGELO DE CASTRO JUNHO NATERCIA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M	SIM	 
MG	NATERCIA	2214156	SECRETARIA DE SAUDE DE NATERCIA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M	SIM	 
MG	NATERCIA	2208865	UBS CEL JOSE GOULART S BRUM NATERCIA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M	SIM	 
MG	NATERCIA	2212137	UBS JOAQUIM MENDES JUNHO NATERCIA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M	SIM	 
MG	NATERCIA	2891530	VIGILANCIA EM SAUDE DE NATERCIA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M	SIM	 

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2024.

A administração do serviço de saúde está centralizada na Secretaria Municipal de Saúde, sediada, provisoriamente, devido a reforma nos prédios, na Rua Cristiano Caetano, 34, onde são realizadas as atividades de regulação de saúde, agendamentos de exames e consultas da rede secundária e terciária, sendo tal espaço também compartilhado no momento atual com a vigilância em saúde, fisioterapia e atividade física.

A APS de Natércia é composta por cinco equipes, sendo duas de Estratégia Saúde da Família, duas de Saúde Bucal e uma de multiprofissionais. As equipes incluem profissionais como enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, cirurgiões dentistas, entre outros. Os serviços oferecidos abrangem atendimento ambulatorial, cuidados com doenças crônicas, visitas domiciliares e programas específicos como encontros de gestantes, hipertensos e diabéticos.

Os serviços de vigilância em saúde atualmente estão em consonância com o Programa VigiMinas, que visa fortalecer o planejamento, a gestão e a execução das ações de vigilância em saúde desenvolvidas pelo Estado e Municípios, seu arcabouço inclui as vigilâncias, epidemiológica, sanitária, ambiental, em saúde do trabalhador, emergências em saúde pública e laboratorial, afim de promover maior articulação e ampliar a eficiência das ações de vigilância em saúde.

Dentro de suas atividades será destacado aqui duas, a epidemiológica e a sanitária que corrobora com o saneamento básico, com foco no abastecimento da água e esgotamento sanitário, com intuito de preservar ou modificar as condições do meio ambiente tendo a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde.

Aspectos do saneamento básico devem ser considerados, tendo em vista a interface dos fatores ambientais com problemas do estado de saúde. Faz-se constar a descrição dos seguintes serviços no município de Natércia:

Esgotamento Sanitário

O tipo de esgotamento sanitário mais utilizado no município é por meio de Rede geral, rede pluvial ou fossa ligada à rede, a ainda a utilização de fossa séptica ou fossa filtro não ligada à rede, bem como outras soluções, nenhum habitante não tem banheiros nem sanitários.

Quadro 4 - Tipo de esgotamento sanitário mais utilizado pelos munícipes de Natércia.

TIPO DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO (CENSO 2022)	REDE GERAL, REDE PLUVIAL OU FOSSA LIGADA À REDE	FOSSA SÉPTICA OU FOSSA FILTRO NÃO LIGADA À REDE	FOSSA RUDIMENTAR OU BURACO	OUTROS*
POPULAÇÃO ATENDIDA	2311 hab.	47	398	7 hab.
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ATENDIDA	49,69%	1,01%	8,56%	0,15%

Fonte: Instituto Água e Saneamento, 2024.

E segundo os dados do Instituto Água e Saneamento 43,64% da população total tem acesso aos serviços de esgotamento sanitário, sendo a população com acesso ao esgotamento sanitário de 2.047 habitantes.

Analisando os dados 56,36% da população total do município não tem acesso aos serviços públicos de esgotamento sanitário. O município gera 178,54 mil m³ de esgotos por ano. Do volume gerado, 60,09% é coletado, e 0 é tratado. Em 2022, foram despejados 71,26 mil m³ de esgotos na natureza sem tratamento.

Quadro 5 - Coleta e tratamento de esgoto do município de Natércia.

	Município	Estado	País
Índice de coleta de esgotos	60,09%	74,18%	63,96%
Do que foi coletado, quanto do esgoto é tratado	0	38,25%	68,01%
Índice de tratamento de esgoto, referido ao total de esgotos gerados	0	25,78%	42,05%

Fonte: Instituto Água e Saneamento 2024.

Abastecimento de água

Os serviços de abastecimento e tratamento de água no município atualmente é realizado pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA).

Segundo os dados do Instituto Água e Saneamento, 70,29% da população recebe água potável por Rede Geral de Distribuição, geralmente vinculada a serviços públicos de abastecimento.

Quadro 6 -Principal forma de abastecimento de água do município de Natércia.

PRINCIPAL FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA (CENSO 2022)	REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO	POÇO PROFUNDO OU ARTESIANO	POÇO RASO, FREÁTICO OU CACIMBA	OUTROS*
POPULAÇÃO ATENDIDA	3269 hab.	182 hab.	144 hab.	1 hab.
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ATENDIDA	70,29%	3,91%	3,10%	0,02%

Fonte: Instituto Água e Saneamento 2024.

Segundo os dados do instituto 57,28% da população total tem acesso aos serviços de abastecimento de água, através dos serviços públicos de abastecimento de água, sendo a população atendida com acesso a água de 2.687 habitantes.

Analisando os dados 42,72% da população total do município não tem acesso aos serviços públicos de abastecimento de água, sendo o consumo de água dessa população de água não tratada.

A vigilância sanitária municipal é responsável pelo programa SISÁGUA, que monitora a qualidade da água para o consumo humano, nos registros da VISA (Vigilância Sanitária) municipal a população urbana que possui abastecimento de água é de 2.045 pessoas e a população rural de 1.027 pessoas.

Tabela 1: Áreas abastecidas pela companhia de saneamento de Minas Gerais (COPASA) no município de Natércia

ÁREA(S) ABASTECIDAS			
Área(as) Abastecidas	Categoria	Zona	Abastecimento
Cachoeirinha	Bairro	Urbana	Integral
Centro	Bairro	Urbana	Integral
Chapada	Bairro	Urbana	Integral
Loteamento Jardim das Aves	Bairro	Urbana	Integral
Minas	Povoado/Lugarejo	Rural	Parcial
Santa Catarina	Bairro	Urbana	Integral
São João	Bairro	Urbana	Integral
Vargem Comprida	Povoado/Lugarejo	Rural	Parcial

Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, 2024.

Observa-se nos dados que, dos bairros rurais do município, apenas 2 tem acesso ao abastecimento de água tratada, sendo esses abastecimentos parciais, atualmente o município de Natércia tem 17 bairros rurais, assim sendo, 15 bairros não têm nenhum acesso a água tratada.

A ingestão de água sem tratamento representa um risco significativo à saúde pública e individual. A água é um recurso essencial para a vida, mas quando não é tratada adequadamente, pode se tornar um veículo de transmissão de diversas doenças e contaminações.

Além dos microrganismos, a água não tratada pode conter contaminantes químicos, como pesticidas, metais pesados e substâncias tóxicas. A exposição a esses contaminantes pode resultar em problemas de saúde a longo prazo, incluindo doenças crônicas, distúrbios hormonais e, em casos extremos, câncer. Considerando as notificações de intoxicação exógena por uso de agrotóxicos (Figura 14), o município está entre aqueles de Minas Gerais que precisam realizar o monitoramento para detecção de resíduos de agrotóxicos na água destinada ao consumo humano, por ser classificado como uma área de “Populações Expostas a Agrotóxicos”.

No último monitoramento, foi identificado o agrotóxico FLUTRIAFOL em concentração maior do que o limite de detecção, mas menor que o limite de quantificação do método. No entanto, essa concentração está abaixo do valor máximo permitido pela Portaria GM/MS n.º 888/2021, que regula a potabilidade da água, mantendo a situação regular. Por esse motivo, o monitoramento é realizado continuamente.

Além disso, são feitas análises para detecção de taxas de cloro residual livre e de bactérias, como *Escherichia coli* e coliformes totais. Ao analisar todos os dados, é possível observar que a exposição a doenças gastrointestinais deve ser tratada como uma prioridade na agenda da saúde.

Na rede de urgência e emergência o município conta com a unidade básica de saúde Coronel José Goulart Santiago Brum que oferece atendimento 24 horas, com sala de estabilização, leitos de observação, curativos e pequenos procedimentos cirúrgicos. A equipe é composta por profissionais de enfermagem, farmacêuticos, auxiliares de serviços gerais, motoristas e médicos.

A assistência farmacêutica é garantida por uma farmácia municipal, disponibilizando 242 variedades de medicamentos básicos, que compõe a sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), e também realiza o serviço de forma compartilhado com o Estado quanto à oferta dos medicamentos de alto custo. A equipe é composta por farmacêuticos e técnicos de farmácia.

Na rede hospitalar, o município por ser de pequeno porte, conta com três referências hospitalares, pactuadas através da PPI.

No município de Pouso Alegre, localiza-se o Hospital das Clínicas Samuel Libânio, sendo este hospital referência para cirurgias de média e alta complexidade, tratamento de hemodiálise, oncologia, internações clínicas, porta de entrada as urgências e emergências, obstetrícia para partos de alto risco, consultas ambulatoriais e exames especializados.

No município de Santa Rita do Sapucaí, o Hospital Antônio Moreira da Costa, tem programação para atendimento de munições de Natércia na obstetrícia, para partos de risco habitual e os leitos de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinados ao tratamento hospitalar de pessoas com transtornos mentais graves e necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, esses leitos tem o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com oferta do cuidado continuado do usuário, além de ser referência para

cirurgias de média complexidade.

No município de Cambuí, o Hospital Ana Moreira Sales dispõe de uma oferta programada com leitos de transição e leitos clínicos para internação de pacientes que necessitam de cuidados assistenciais intensivos e transitórios, com potencial de recuperação e cuidados paliativos. Esses leitos são destinados a internações com duração variável, entre 7 e 90 dias, dependendo da condição clínica do paciente.

Esses espaços de transição são projetados para oferecer cuidados intermediários e estão localizados dentro de uma instituição hospitalar, cujo foco está voltado para a integração entre a assistência hospitalar e a Atenção Primária à Saúde (APS).

Na rede de saúde mental contamos com o centro de convivência, além de atendimentos ambulatoriais de profissionais de nível superior, psicólogos, psiquiatra e enfermeiros.

A fim de garantir os cuidados à saúde e devido à sua estrutura de pequeno porte, o município conta com dois consórcios de saúde: um público e outro privado. O CISSUL-SAMU (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas) é um consórcio público voltado para o transporte de urgência e emergências. Já o CISAMESP (Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Médio Sapucaí) é, até o momento, um consórcio privado.

Destaca-se que estão sendo realizados esforços para converter o referido consórcio privado em um consórcio público, com previsão para janeiro de 2025. Cabe aqui ressaltar que são ofertadas pelo consórcio, consultas e exames especializados, além de cirurgias de média complexidade, afim de atender a demanda reprimida e agilizar no tratamento de saúde dos pacientes.

A rede de apoio intersetorial de Natércia envolve parcerias com secretarias municipais, estaduais e federais, além de instituições filantrópicas e privadas, como hospitais, universidades e igrejas.

Dentro da participação social o Conselho de Saúde encontra-se ativo, com reuniões periódicas, sendo a última conferência de saúde realizada em abril de 2023.

Natércia participa de diversos programas estratégicos nacionais, estaduais e municipais, tais como o Programa Saúde na Escola, Programa Crescer Saudável, entre outros, além de campanhas contínuas e comitês especializados.

Na APS o município vem se organizando para atender a população de

maneira eficaz e com eficiência, como é possível observar com alguns indicadores de saúde demonstrados na tabela 2, relacionados com cobertura de consultas médicas, odontológicas e/ou exames laboratoriais, segundo linhas de cuidado a grupos específicos:

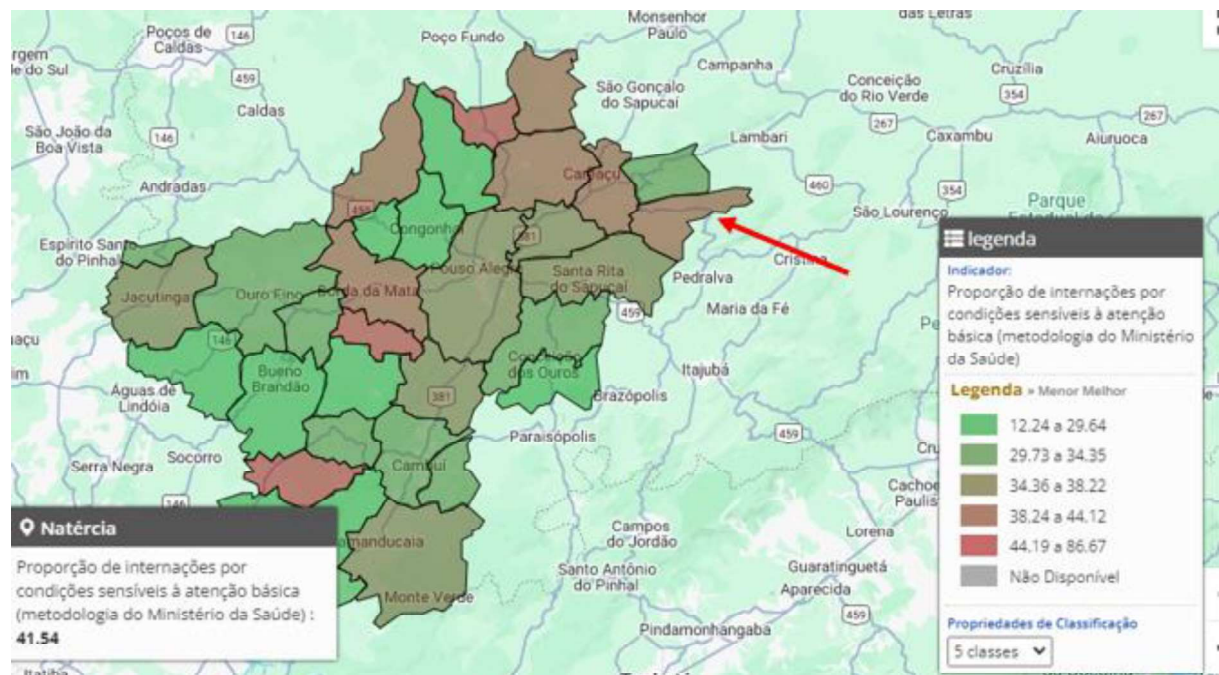
Tabela 2: Indicadores de desempenho da Atenção Primária a Saúde – 3º quadrimestre de 2023 – Estratégia Saúde da Família – Município de Natércia.

CNES	Nome UBS	Pré-Natal (6 consultas) (%)	Pré- Natal (Sífilis e HIV) (%)	Gestantes Saúde Bucal (%)	Cobertura Citopatológico (%)	Cobertura Pólio e Penta (%)	Hipertensão (PA Aferida) (%)	Diabetes (Hemoglobina Glicada) (%)
3351734	PSF ANGELO DE CASTRO JUNHO NATERCIA	83	100	83	38	100	56	44

Fonte: DATAUS/TABWIN - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, 2023

Todavia as internações por causas sensíveis a APS chamam a atenção, conforme demonstrado pelos dados obtidos no banco de dados do IMRS disponibilizado pela Fundação João Pinheiro em 2022, com 41,54 % de internações de munícipes de Natércia que poderiam ter sido evitadas pela atenção das equipes que atuam na Saúde da Família (Figura 9):

Figura 9 - Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de Municípios segundo Municípios da Microrregião de Pouso Alegre, 2022.

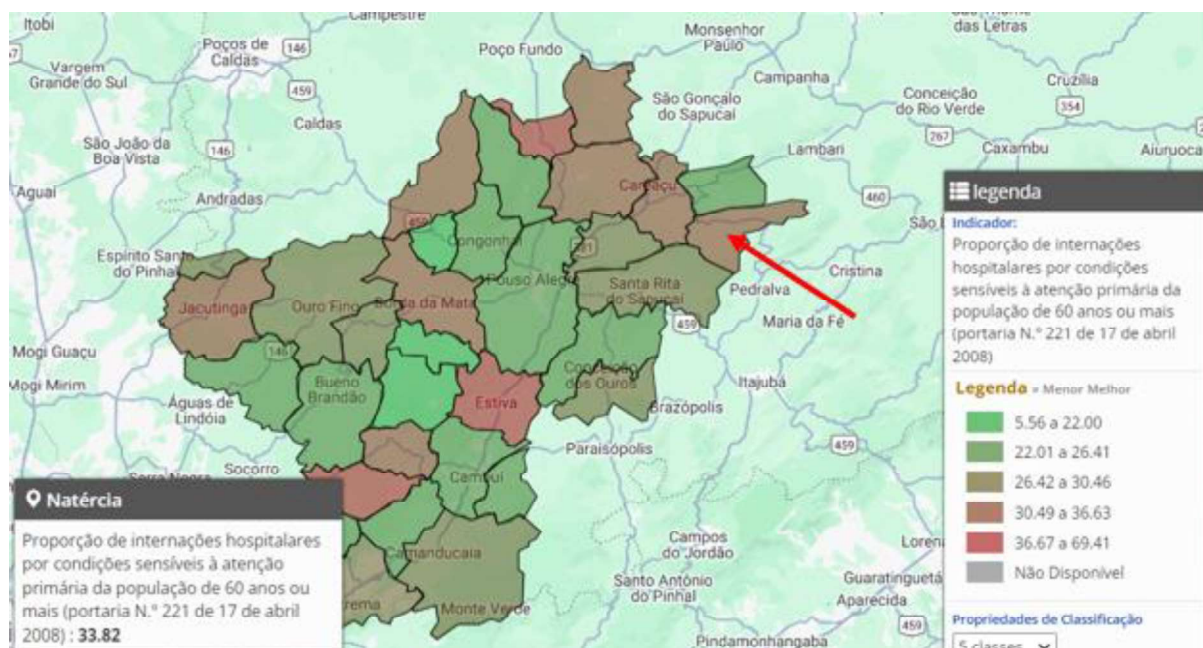


Obs.: Município de Natércia apontado pela seta.

Fonte: Fundação João Pinheiro, 2022.

É possível observar ainda, que na microrregião de saúde de Pouso Alegre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica da população de 60 anos ou mais para o município de Natércia é alta em relação a outros municípios.

Figura 10 - Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de Municípios de 60 anos ou mais segundo Municípios da Microrregião de Pouso Alegre, 2022



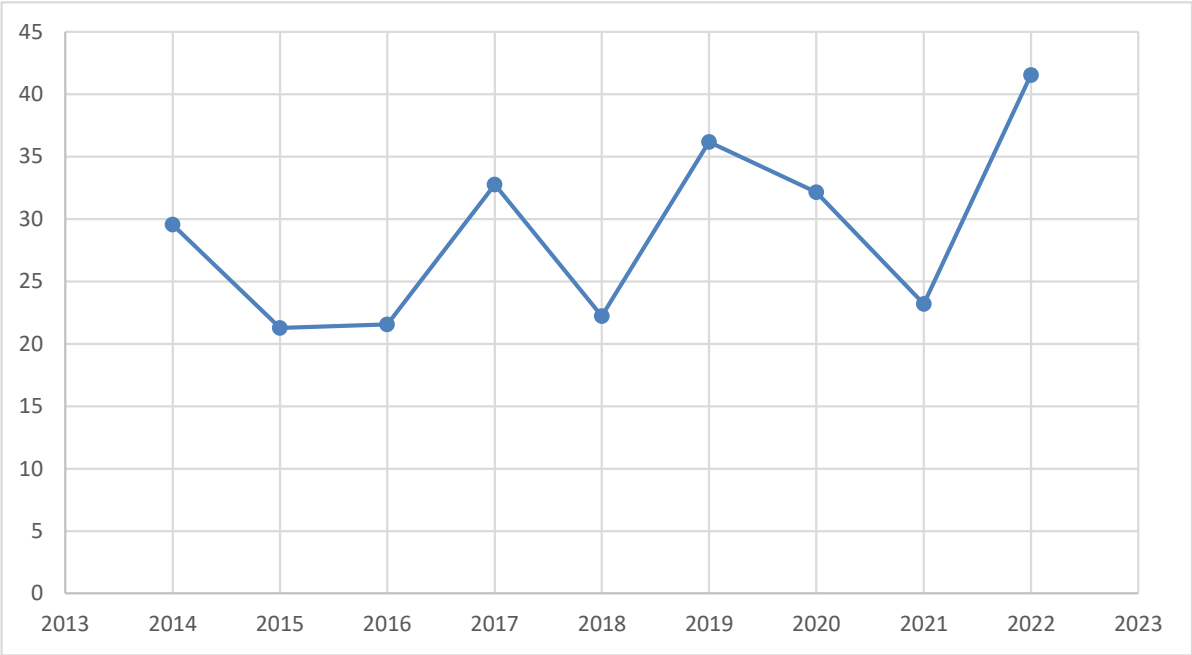
Obs.: Município de Natércia apontado pela seta.

Fonte: IMRS, Fundação João Pinheiro, 2022.

A análise das Figuras 9 e 10 demonstra uma fragilidade nos serviços e traz inquietações e questionamentos, sobre as principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) e qual a dificuldade do serviço em alcançar essa população por meio das ações e serviços da rede da APS municipal.

A Figura 11 corrobora uma tendência de incremento das internações que poderiam ter sido evitadas pela APS nos últimos anos, de forma geral, com um comportamento típico de queda no período da Pandemia da Covid-19, como já comentado:

Figura 11 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica no município de Natércia, 2014-2024



Fonte: Fundação João Pinheiro, 2024

Para maiores esclarecimentos, seria importante identificar as principais causas de internação, por população residente segundo capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID) -10, conforme Quadro 7:

Quadro 7 - Classificação das doenças registradas como causa de internações de municípios de Natércia/MG entre os anos de 2019 a 2023

Capítulo CID-10	2019	2020	2021	2022	2023
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	9	21	14	8
II. Neoplasias (tumores)	33	12	5	16	36
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	1	2	3	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	1	3	-	2
V. Transtornos mentais e comportamentais	2	2	2	5	7
VI. Doenças do sistema nervoso	5	1	4	3	7
VII. Doenças do olho e anexos	1	-	-	-	4
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	22	23	26	17	24
X. Doenças do aparelho respiratório	13	10	9	19	17
XI. Doenças do aparelho digestivo	20	12	7	19	55

Fonte: SIH/SUS-Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024

Quadro 7 - Classificação das doenças registradas como causa de internações de munícipes de Natércia/MG entre os anos de 2019 a 2023 (continua).

XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	-	2	2	7
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	6	3	1	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	12	7	12	8	19
XV. Gravidez parto e puerpério	15	18	17	20	21
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	4	2	1	1
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	-	1	1	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	2	5	3	2
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	19	31	33	29	38
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	1	1	2	3	9
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	157	140	156	164	263

Fonte: SIH/SUS-Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024

Observando a série histórica no quadro 7 é possível identificar algumas internações por causa sensíveis a APS, segundo a Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, que publicou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

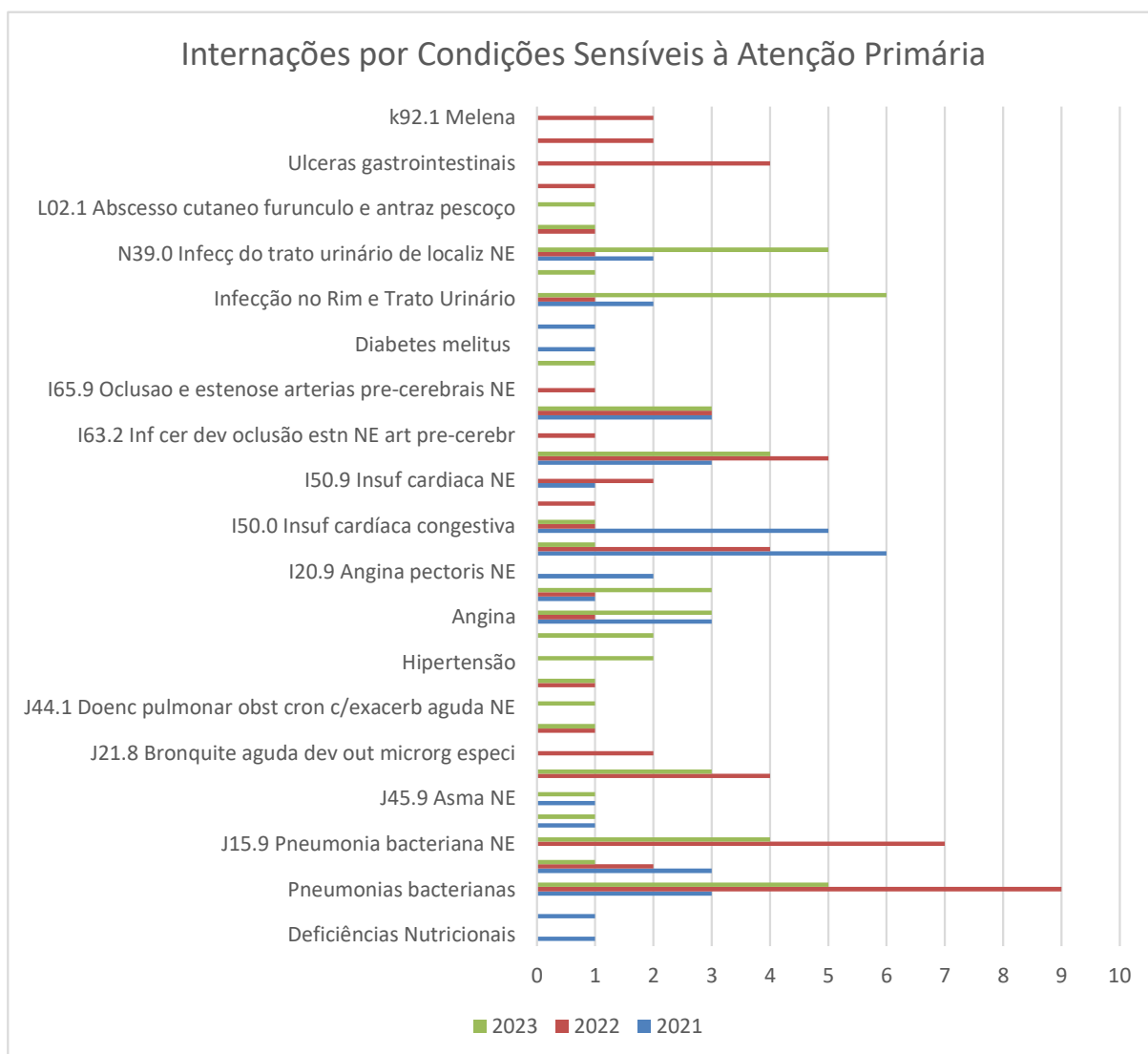
As Doenças Sensíveis à Atenção Primária (DSAP) representam um grupo de enfermidades que, se diagnosticadas e tratadas de forma adequada no nível da Atenção Primária à Saúde (APS), podem evitar hospitalizações desnecessárias. Entre essas doenças estão condições como:

- Gastroenterites Infeciosas e complicações;
- Anemia por deficiência de ferro;
- Deficiências Nutricionais;
- Infecções de ouvido, nariz e garganta; Pneumonias bacterianas;
- Asma;
- Doenças pulmonares;
- Angina;
- Insuficiência Cardíaca;
- Doenças cerebrovasculares;
- Diabetes Melitus;

- Epilepsias;
- Infecção do Rim e Trato Urinário; Infecção da pele e tecido subcutâneo;
- Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos; Úlcera gastrointestinal e
- Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto.

É necessário um olhar mais minucioso para a identificação e o esclarecimento dos dados. Dessa forma, será possível trazer mais clareza ao abordar as internações, especialmente considerando as AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar), por meio dos dados consolidados no sistema de informação TABWIN, apresentados abaixo:

Figura12 - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.



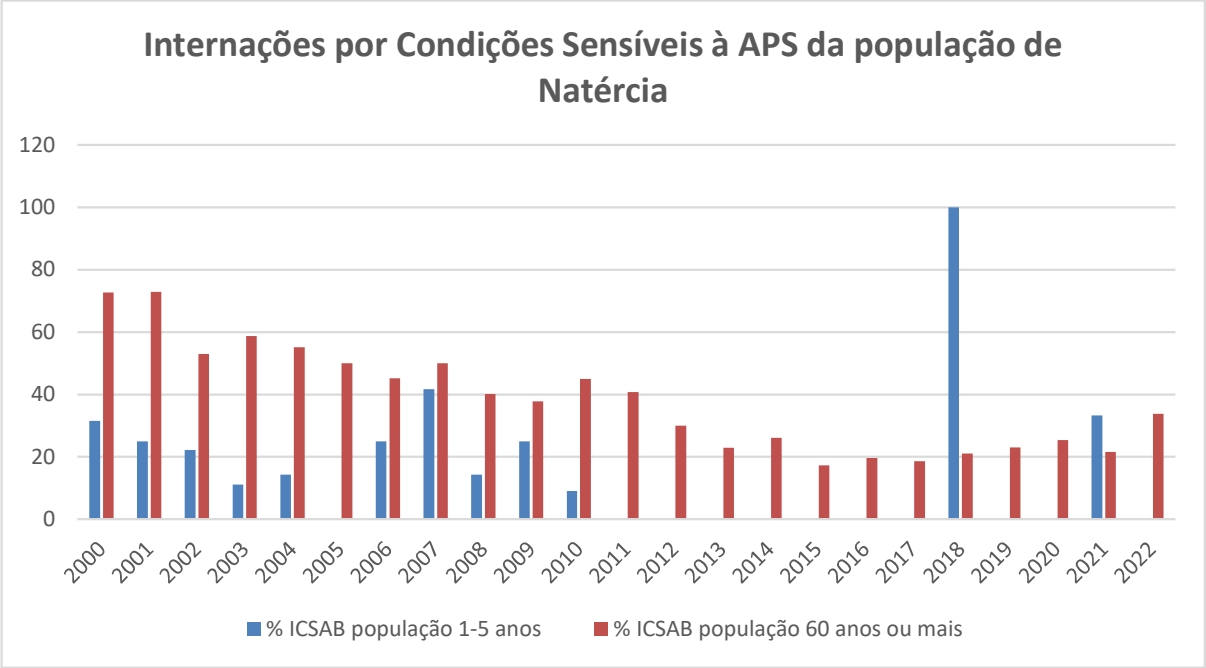
Fonte: TABWIN, 2024.

Das principais causas de internações em 2023 expressadas no quadro 7 é possível observar um aumento no número de internações pelo aparelho digestivo, o que chamaria a atenção, todavia ao se observar o número de internações sensíveis a APS notamos um número pequeno, somente 4 internações (figura 12) são ICSAB, esse aumento pode ser explicado pelo impacto pós pandemia e o esforço do Estado para redução das filas de cirurgias eletivas com o Programa Opera Mais, o que justificaria esse número alto nas internações. Constata-se também a relevância das internações pelo aparelho circulatório, sendo essa uma das maiores causas das internações sensíveis a APS, seguido pelas doenças respiratórias e do trato urinário, as lesões de pele também corroboram os dados sensíveis a APS em 2023.

Observa-se um esforço do município para redução dos índices de internação

por condições sensíveis a APS ao longo dos anos, é notável o quanto a APS contribuiu para a redução de internações no município.

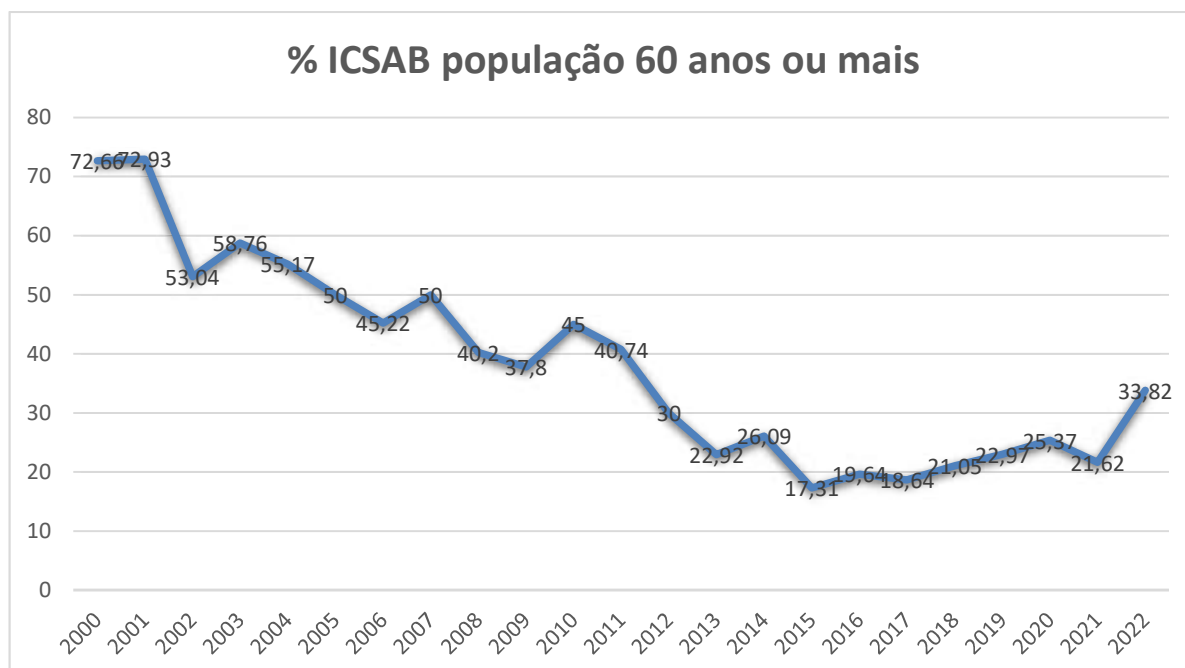
Figura 13 - Internações por Condições Sensíveis à APS da população de Natércia.



Fonte: DataSUS. TABNET. SIH-SUS, 2024.

É possível observar na figura 14 que, apesar de uma queda gradual nas internações entre a população acima de 60 anos ao longo dos anos, a incidência de internações nessa faixa etária tem apresentado um aumento recente.

Figura 14 - % ICSAB população 60 anos ou mais



Fonte: DataSUS. TABNET. SIH-SUS, 2024

Esse cenário destaca a fragilidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) voltados para essa população.

Torna-se necessário intensificar os esforços para garantir um cuidado contínuo e avaliar o tipo de acesso disponível para esses pacientes. Além disso, é fundamental realizar uma análise mais detalhada dos dados de internação, de forma a embasar intervenções e estratégias mais eficazes

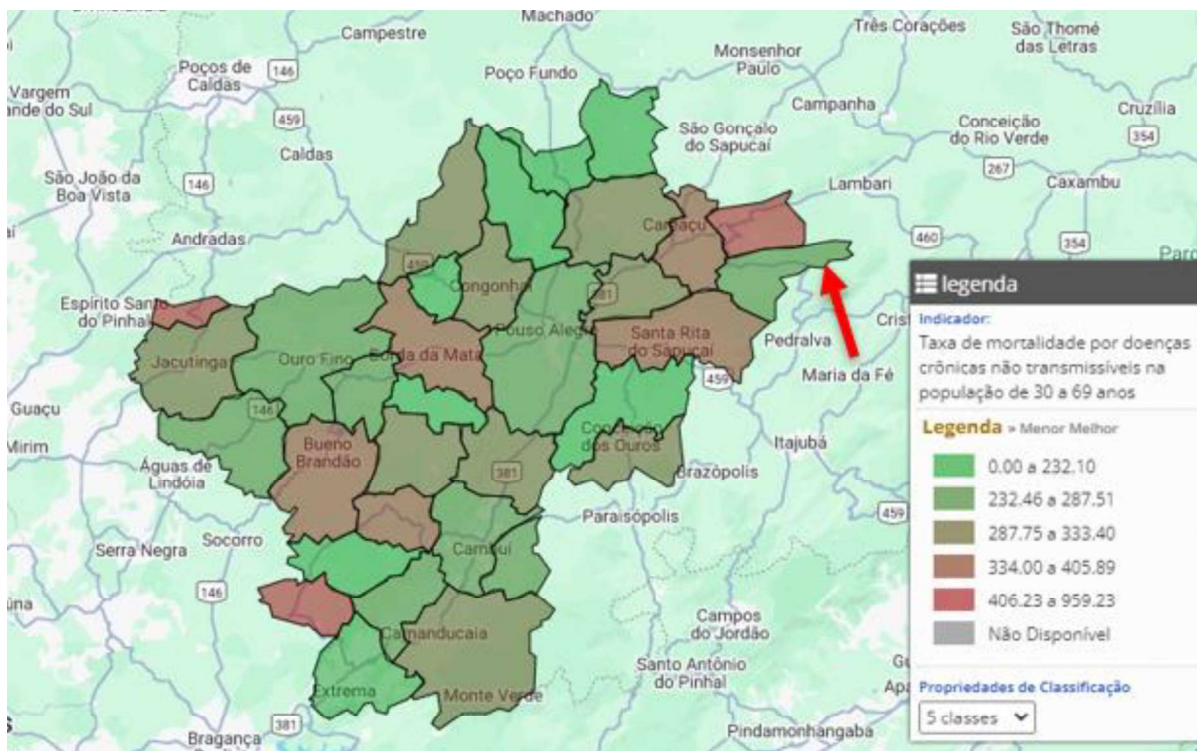
Essa progressão destaca o perfil populacional do município, levantando preocupações em longo prazo, onde os serviços de saúde terão uma perspectiva de atuação com mais relevância dentro dessa faixa etária.

No geral, a taxa de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na faixa etária de 30 a 69 anos, ou seja, de forma prematura, no município de Natércia/MG, é uma das menores no âmbito da Microrregião de Saúde Pouso Alegre (Figura 15).

Há ainda de associar a essa informação os dados demográficos já apresentados, onde a pirâmide etária dos munícipes de Natércia aponta o envelhecimento progressivo da mesma, o que serve de diretriz quanto à continuidade das políticas de saúde desenvolvidas tendo por foco a promoção, proteção quanto aos riscos e agravos inerentes às DCNT (diabetes, hipertensão,

neoplasias e doenças respiratórias), bem como tratamento e reabilitação quando necessária.

Figura 15 - Taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis na população de 30 a 69 anos



Obs.: Município de Natércia apontado pela seta.

Fonte: IMRS, Fundação João Pinheiro, 2022.

Todavia, a de se corroborar que o dado sobre internações traz à tona preocupações relevantes para os serviços de saúde, destacando que muitas internações não estão relacionadas exclusivamente a condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS), um número que vem em alta progressão dentre as morbidades é o de neoplasias, que além de ser um número alto de internações, é a segunda causa de óbitos no município (Quadro 8).

Conforme apresentado no Quadro 8, as lesões e envenenamentos, somadas a agravos motivados por outras causas externas também merecem melhor detalhamento, com identificação do tipo, faixa etária atingida e se há correlação com a atividade econômica do município.

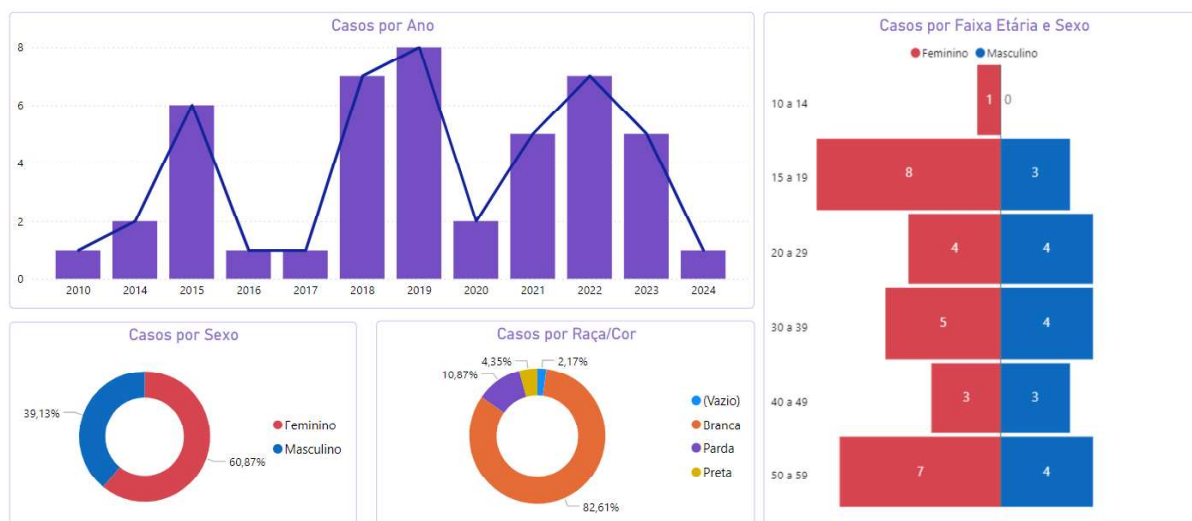
Quadro 8 -Número de óbitos segundo Classificação Internacional de Doenças (CID) – 10 de municípios de Natércia/MG, entre 2019 e 2022.

Capítulo CID-10	2019	2020	2021	2022
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	8	6
II. Neoplasias (tumores)	6	11	8	9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	-	3	3
V. Transtornos mentais e comportamentais	2	-	-	2
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	3	3
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	5	8	12	14
X. Doenças do aparelho respiratório	4	6	5	8
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	-	4	4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	-	-	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	1	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	5	5	3
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	-	-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	-	1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	1	2	3
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4	1	3	6
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-
Total	27	33	54	62

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET), 2019-2022

Uma análise mais aprofundada dos dados de notificação compulsória de violências revela informações relevantes que merecem atenção, conforme ilustrado na Figura 16.

Figura 16 - Intoxicação exógena - tentativa de suicídio da população residente no município de Natércia.



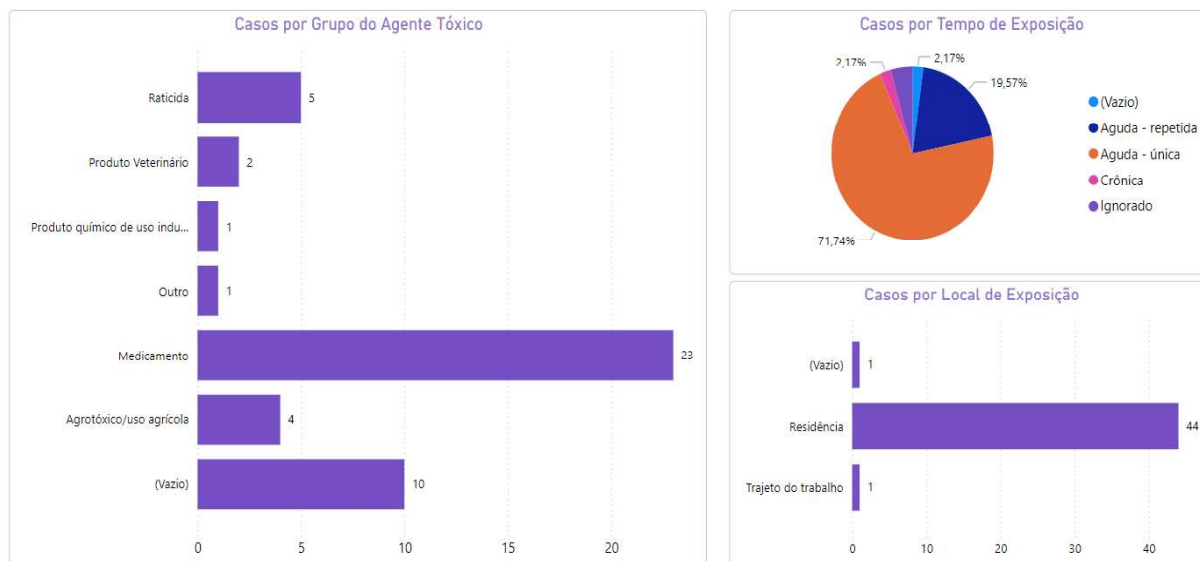
Fonte: Portal da vigilância em saúde, painéis temáticos, 2024.

É possível observar que há prevalência de tentativas de autoextermínio concentrada na população de sexo feminino e raça cor branca, chamando a atenção para a faixa etária dos 15 a 19 anos e 50 a 59 anos (Figura 16). Porém, os dados são frágeis, para melhores análises, seria importante associar informações socioeconômicas e culturais relacionadas aos casos notificados, bem como questões de *Bullying* e/ou conflitos de gênero. Além disso, uma análise mais aprofundada poderia ser feita, considerando que a população jovem entre 15 a 19 anos está na idade escolar e preparando-se para o mercado de trabalho, sendo importante mapear as opções disponíveis para formação frente às características do mercado de trabalho na região (Secretaria de Ação Social), já cogitando a hipótese de envolvimento da rede de educação, assistência social, cultura/lazer e esporte quanto ao grave problema de saúde que aflige as jovens mulheres do município.

Já no que tange à tentativa de autoextermínio na população de mulheres na faixa etária entre 50 a 59 anos, considerar que se trata de uma faixa etária que está saindo do mercado de trabalho ou cujos filhos iniciam vidas independentes, fato que pode ser associado às perspectivas de vida futura e sentimentos de exclusão ou isolamento social.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem complementar um pouco mais as informações, como observado na Figura 17 que explicita a causa da intoxicação exógena:

Figura 17 - Dados da Exposição de Intoxicação Exógena: da população residente no município de Natércia.

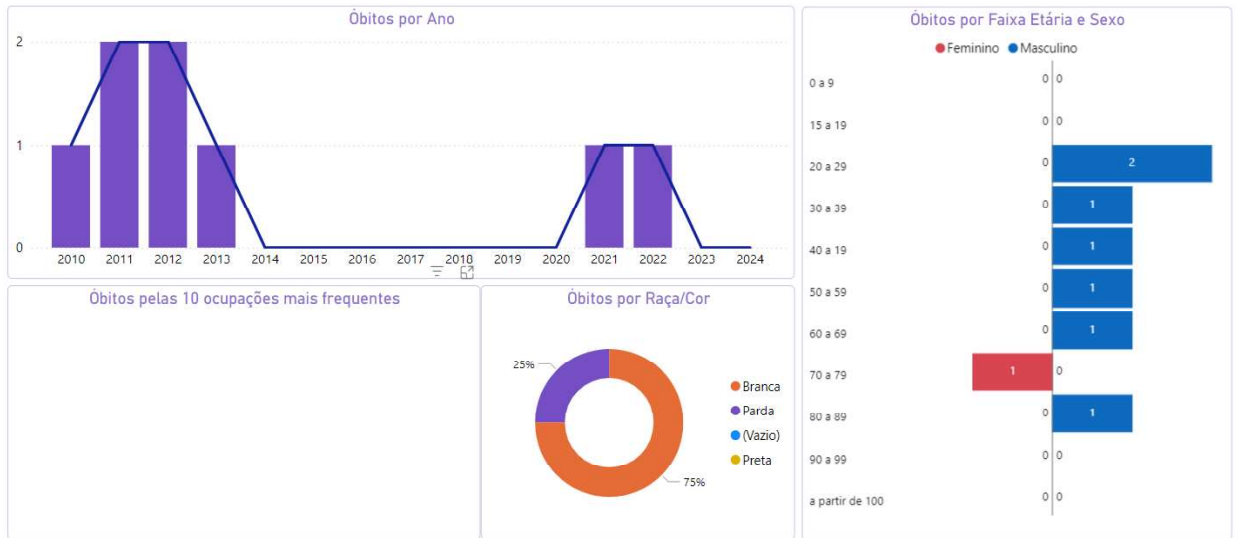


Fonte: Portal da vigilância em saúde, painéis temáticos, 2024.

Ao analisar os dados, é possível observar que, em sua grande maioria, o agente tóxico identificado foi o medicamento. Esse número poderia ser ainda maior, considerando os casos registrados como "vazios" no preenchimento. Ademais, em todos os casos notificados, a exposição ocorreu na residência.

Analisando os dados da Figura 18, embora haja uma prevalência de tentativas de autoextermínio da população do sexo feminino a prevalência de óbitos está concentrada na população do sexo masculino, com predominância na faixa etária jovem, entre 20 a 29 anos. Observa-se assim que os homens apresentam maior risco de morte por suicídio que mulheres, apesar das mulheres apresentarem maiores prevalências de ideação e tentativas de suicídio, fato já discutido enquanto evidência científica (MARIN-LEÓN; BARROS, 2003; VIEIRA et al, 2021).

Figura 18 - Óbitos por suicídio da população residente do município de Natércia.



Fonte: Portal da vigilância em saúde, painéis temáticos, 2024.

Por sua vez, como não há dados precisos para corroborar as informações levantadas sobre o problema do autoextermínio no município, seria necessário realizar uma busca nas fichas do acervo documental, investigar uma amostra dos casos no território ou propor um diagnóstico situacional com as equipes da APS. Análise esta, abordando a situação que envolve o sexo feminino em ambas as faixas etárias, bem como as fichas de investigação de óbitos dos homens que cometeram suicídio. Esse processo permitiria compreender melhor o problema e traçar objetivos e ações de intervenção, sejam elas setoriais ou intersetoriais.

A análise apesar de breve apontou novas formas de “olhar” os problemas do estado de saúde do município. A seguir, a teste de aprendizado, optou-se por priorizar problemas de saúde da população de Natércia/MG (2022-2024) que se relacionam com a atuação da APS municipal de forma precoce (Tabela 3):

Tabela 3: Análise da Situação: Priorização de Problemas de Saúde da população de Natércia

Problema	Magnitude	Valorização (consciência da sociedade)	Tecnologia Disponível	Custo Estimado	Total de Pontos
1- Doenças cardiovasculares	3	1	3	0	7
2- Doenças Respiratórias	2	1	2	1	4
3- Doenças neoplásicas	2	3	1	0	6
4- lesões e envenenamentos	1	0	1	1	1
5- Doenças intestinais	1	1	1	1	2
6- Aparelho geniturinário	2	1	1	1	5

Obs.: Pontuação dos critérios:

Magnitude: baixo (0); Significativa (1); Alta (2); muito alta (3)

Valorização: Idem

Tecnologia Disponível: Idem

Custo estimado: baixo (3); Significativa (2); Alta (1); muito alta (0)

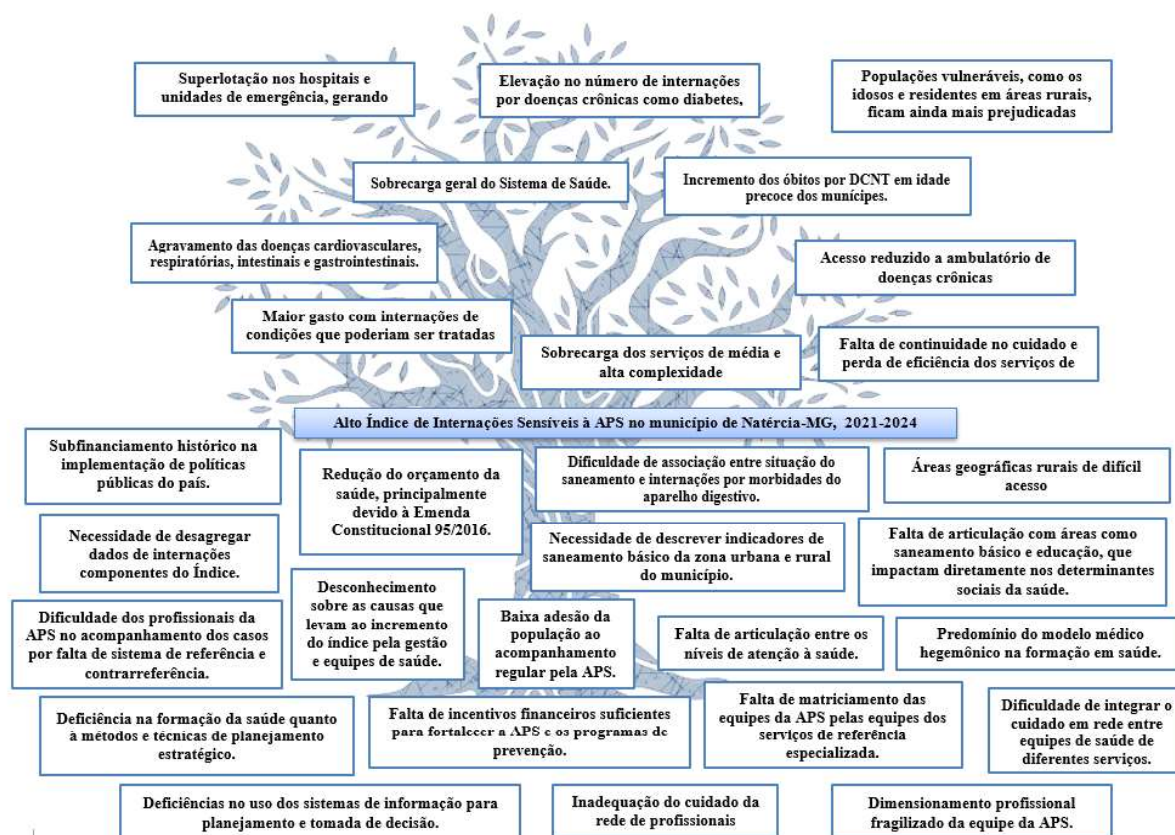
* critério: valor atribuído é inversamente proporcional, quanto maior o custo menor a nota

Fonte: Elaboração própria.

Diante do diagnóstico realizado, foi utilizada uma árvore de problemas para identificar e relacionar as causas e os efeitos do tema central: Internações Sensíveis à Atenção Primária. Nesse processo, foi empregado o método de *brainstorming*, discutido pela equipe, sobre os processos de trabalho e a linha de cuidados na APS (Figura 19).

Essa abordagem foi estratégica, pois acredita-se que um olhar direcionado à APS municipal poderá contribuir significativamente para a intervenção em diversos problemas de saúde discutidos ao longo deste trabalho.

Figura 19 - Árvore de Problemas - Internações Sensíveis a APS.



Fonte: Elaboração própria.

O processo de construção da árvore de problemas seguiu estas etapas:

1. **Definição do Problema Central:** O problema principal – o alto índice de ICSAB – foi identificado e posicionado no centro da árvore, proporcionando uma visão compartilhada do desafio a ser enfrentado por todos os envolvidos.
2. **Identificação das Causas:** Na base da árvore, foram listadas as principais causas do problema, ou “raízes”. Essas causas incluem fatores como subfinanciamento da saúde, dificuldades no acesso aos serviços e a ausência de infraestrutura hospitalar adequada no município.
3. **Identificação das Consequências:** Na parte superior, foram listadas as consequências do problema, ou “galhos”. Essas consequências representam os impactos negativos para o sistema de saúde e para os pacientes, incluindo a superlotação dos hospitais regionais e o aumento dos custos de saúde.

Após foi construído uma matriz estratégica para ser aplicada no decorrer de 2025 pelas equipes de APS.

PROBLEMA: Alto índice de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAB) no município de Natércia.						
Objetivo Geral: Reduzir o índice de internações por condições sensíveis à APS, fortalecendo a atenção básica e melhorando a qualidade do atendimento preventivo.						
Objetivos Específicos	Metas	Ações	Indicadores	Monitoramento	Tempo de Execução	Custo financeiro
Melhorar a resolubilidade da Atenção Primária.	Aumentar em 20% o número de casos resolvidos na APS em até 12 meses.	Capacitação contínua para os profissionais da APS em manejo de doenças crônicas.	Taxa de resolubilidade da APS (%)	Avaliação trimestral dos resultados clínicos por equipe de saúde.	12 meses	R\$ 100.000,00
Facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, com ênfase na zona rural.	Reduzir tempo médio de espera por consultas e atendimentos em até 50%.	Implementar horários estendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Tempo médio de espera por consultas (dias).	Relatórios trimestrais sobre tempos de espera.	6 meses	R\$ 50.000,00
Facilitar o acesso	Melhorar a	Adquirir carros	Número de	Relatório de	18 meses	R\$

da população aos serviços de saúde, com ênfase na zona rural.	qualidade do transporte das equipes.	com tração para estradas rurais.	carros adquiridos.	número de carros adquiridos em 1 ano.		240.000,00
Fortalecer as ações de promoção e prevenção em saúde.	Reduzir em 30% o número de novos casos de hipertensão e diabetes no município em até 18 meses.	Desenvolver campanhas educativas sobre prevenção de doenças crônicas, realizar feiras de saúde e criar grupos de apoio para pacientes atuais.	Incidência de novos casos de doenças crônicas (número de novos casos).	Avaliação bimestral das atividades de promoção e prevenção.	18 meses	R\$ 200.000,00
Melhorar o uso dos sistemas de informação em saúde.	Aumentar em até 50% o uso efetivo dos sistemas de informação em saúde pelas	Treinamento de profissionais em uso e análise de dados de sistemas de informação como	Percentual de número efetivo dos sistemas de informação (%).	Monitoramento mensal de registros e relatórios no sistema.	12 meses	R\$ 50.000,00

	equipes de APS.	e-SUS AB, SIAB e outros, desenvolvendo o domínio dos profissionais para analisar e dessegregar dados.				
Ampliar a integração intersetorial para fortalecer a atenção à saúde.	Estabelecer 5 novas parcerias intersetoriais em até 12 meses.	Parcerias articuladas com setores de educação, saneamento e desenvolvimento social para integração de ações que impactam os determinantes sociais de saúde.	Número de parcerias intersetoriais propositais.	Relatório semestral de ações intersetoriais.	12 meses.	R\$30.000,00
Garantir	Reduzir em 15%	Reavaliar PPI e	Redução de	Monitoramento	24 meses	R\$0,00 (sem

sustentabilidade financeira das ações de saúde.	os custos de internações evitáveis em até 24 meses.	solicitar prestação de contas dos prestadores através de reuniões de CIB e implementar o uso de teleconsultas para evitar hospitalizações.	custos com internação evitáveis (%).	quadrimestral de custos de internações evitáveis.		custo adicional, otimização).
Implementar teleconsultas e telediagnósticos para ampliar o acesso à saúde.	Realizar 500 teleconsultas para doenças crônicas e condições sensíveis em até 12 meses.	Adquirir equipamentos de videoconferência e plataformas digitais, treinar equipes e desenvolver protocolos de teleconsultas.	Número de teleconsultas realizadas.	Relatório trimestral de teleconsultas realizadas e sua efetividade.	12 meses	R\$150.000,00
Aumentar o acompanhamento contínuo de	Aumentar em 30% o número de visitas	Treinamento de agentes comunitários de	Percentual de pacientes acompanhados	Relatórios trimestrais de acompanhamento	18 meses	R\$80.000,00

pacientes clínicos.	domiciliares a pacientes periódicos em até 18 meses.	saúde para acompanhamento contínuo, monitoramento remoto com dispositivos móveis.	regularmente (%).	de pacientes.		
Integrar a APS com a assistência farmacêutica para melhorar a adesão ao tratamento.	Aumentar em 40% a adesão ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas em até 12 meses.	Criar campanhas de conscientização sobre a importância da adesão ao tratamento, otimizar o controle eletrônico da dispensação de medicamentos na farmácia pública, integrar o sistema de dispensação	Taxa de adesão ao tratamento (%).	Avaliação bimestral do sistema de dispensação de medicamentos.	12 meses.	R\$60.000,00

		com a APS, para os profissionais verificarem quais medicamentos estão disponíveis pela rede.				
Implementar programa de autocuidado e educação em saúde para pacientes específicos.	Criar 10 grupos de autocuidado e educação em saúde em até 6 meses.	Estabelecer grupos de apoio para pacientes com doenças crônicas (diabetes, hipertensão), sessões de educação em saúde sobre mudanças de estilo de vida.	Número de grupos criados e suspensos.	Avaliação semestral dos resultados dos grupos e impactos na saúde dos participantes.	6 meses	R\$40.000,00
Melhorar a gestão de risco e prevenção de	Reduzir em 25% a taxa de complicações em	Implementar protocolos de estratificação de	Taxa de complicações por doenças	Relatório semestral de complicações	158 meses.	R\$70.000,00

crônicas na APS.	pacientes diabéticos e hipertensos em até 18 meses.	risco para doenças crônicas e campanhas de rastreamento precoce em saúde.	crônicas (%).	registradas.		
Estabelecer parcerias com ONG's e outras instituições para ampliar a promoção da saúde.	Criar 5 novas parcerias em até 12 meses.	Identificar ONG's que possam apoiar campanhas de promoção da saúde, prevenção de doenças crônicas e cuidados com pacientes de grupos vulneráveis.	Número de parcerias firmadas.	Relatório trimestral sobre atividades realizadas.	12 meses	R\$20.000,00
Aumentar cobertura vacinal para doenças imonupreveníveis.	Atingir 95% de cobertura vacinal para doenças como gripe e	Realizar campanhas de vacinação, visitas domiciliares para	Percentual de cobertura vacinal (%).	Relatório trimestral de cobertura vacinal.	12 meses	R\$80.000,00

	pneumonia em até 12 meses.	vacinação e vacinação em espaços públicos.				
Estabelecer de protocolos de atendimento prioritário para pacientes crônicos	Reduzir em 50% o tempo de atendimento para pacientes crônicos em até 6 meses	Implementar de protocolos de atendimento prioritário em UBS para pacientes com doenças crônicas, facilitando o acesso e priorizando o atendimento.	Tempo médio de espera para pacientes específicos (dias).	Relatório trimestral sobre tempo de espera de pacientes crônicos.	6 meses	R\$50.000,00
Criar um sistema de monitoramento contínuo de IC SAB.	Monitorar em tempo real os indicadores do IC SAB com sistema dashboard.	Desenvolver e implementar um sistema com monitoramento digital com dashboard em tempo real,	Redução do número do IC SAB (%)	Relatório mensal com os dados extraídos do sistema de monitoramento.	12 meses	R\$200.000,00

			integrando aos sistemas de informação de saúde.					
Criar fluxo de referência e contra referência com os serviços pactuados fora do município PPI e /ou consórcio.	Identificar e mapear todos os serviços pactuados fora do município, criar protocolos claros de referência e contra referência, que definam os fluxos de encaminhamento e retorno entre os serviços locais e os externos,	Protocolos documentados e validados pelos gestores dos serviços envolvidos, realizar capacitação da equipe de saúde sobre os novos fluxos de trabalho e a importância da referência e contra referência.	100% das equipes capacitadas e com conhecimento sobre os novos fluxos (%).	Relatórios mensais com dados sobre o número de referências realizadas, contra referências e satisfação dos usuários.	6 meses	R\$ 20.000,00		

O planejamento realizado junto aos profissionais será apresentado ao conselho municipal de saúde e colegiado gestor para apreciação; se aprovado, será aplicado às equipes de Estratégia de Saúde da Família a partir de 2025. Essa iniciativa visa fortalecer a atuação das equipes no território, promovendo um atendimento mais integrado e eficaz à população. A proposta inclui a capacitação contínua dos profissionais, a implementação de novas práticas de saúde e a ampliação do acesso a serviços essenciais, com intuito de transformar e aprimorar a qualidade do atendimento, garantindo que as necessidades de saúde da população sejam atendidas de forma adequada e humanizada. Além disso, o planejamento contempla a criação de estratégias de monitoramento e avaliação, que permitirão ajustes e melhorias constantes nas ações desenvolvidas, assegurando que os resultados sejam alcançados de maneira sustentável e eficaz.

6. Conclusão

Para concluir o trabalho sobre o Planejamento em Saúde Municipal, é importante ressaltar a relevância de um planejamento estratégico eficaz no setor de saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O planejamento em saúde, além de ser uma ferramenta fundamental para a organização e otimização dos recursos, permite o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas e que atendam às reais necessidades da população.

Um ponto recorrente no planejamento em saúde é o desafio do financiamento adequado. O subfinanciamento do SUS, agravado por medidas como a Emenda Constitucional 95, que congela os investimentos, continua sendo um obstáculo para a implementação de políticas de saúde que atendam de forma integral as demandas da população. Mesmo com esforços orçamentários locais, como os de Natércia, é evidente que sem uma mudança nas políticas de financiamento, o planejamento enfrenta limitações.

A análise do Plano Municipal de Saúde de Natércia exemplificou como as práticas de planejamento podem ser aplicadas para identificar problemas críticos de saúde, como as internações por condições sensíveis à atenção primária. Essa identificação permitiu o desenvolvimento de estratégias que visam a melhoria da qualidade do atendimento e a promoção de uma saúde mais equitativa e eficiente.

para a população local e evidenciou que a atenção primária é um componente essencial do planejamento, sendo a principal porta de entrada do sistema de saúde. A capacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde nesse nível, sem a necessidade de encaminhamentos para níveis mais complexos, é um indicador de um sistema eficiente. Investir no fortalecimento da atenção primária é, portanto, uma estratégia vital para garantir a sustentabilidade e a equidade no SUS.

A participação ativa da comunidade e dos conselhos de saúde no processo de planejamento reforça o caráter democrático e inclusivo do SUS. Envolver os cidadãos na formulação e monitoramento das políticas de saúde é essencial para que o planejamento esteja verdadeiramente alinhado com as necessidades da população. A participação da população no processo de planejamento demonstra um avanço no sentido de tornar o sistema de saúde mais transparente e eficiente.

Por conseguinte, um dos desafios ainda mais recorrentes é o desconhecimento técnico dos gestores em relação ao planejamento estratégico. Essa lacuna de conhecimento pode impactar diretamente a capacidade de formular e implementar políticas de saúde eficazes, agravando problemas já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS).

Avaliando a forma como foi assumida a gestão em saúde no município de Natércia, o desafio de assumir a gestão sem formação prévia específica, ilustra a realidade de muitos gestores municipais. Muitas vezes, o aprendizado é obtido na prática, o que pode comprometer a eficiência inicial da gestão, pois decisões importantes precisam ser tomadas com base em um conhecimento técnico limitado. A falta de um entendimento profundo sobre ferramentas como o Planejamento Estratégico Situacional (PES) ou outros métodos amplamente discutidos, como o método CENDES-OPS, restringe a capacidade de identificar problemas críticos e traçar estratégias adequadas para superá-los.

Esse desconhecimento também afeta a habilidade de analisar corretamente os dados fornecidos pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), fundamentais para o planejamento adequado. Sem uma compreensão clara de como esses sistemas operam e de como transformar dados em informações úteis para a tomada de decisão, o planejamento se torna reativo e limitado.

Contudo, é importante ressaltar que, apesar dessas barreiras iniciais, o fortalecimento do planejamento por meio de uma formação contínua e da capacitação dos gestores pode reverter esse cenário. Gestores que passam a

dominar as técnicas de planejamento não só conseguem antecipar problemas como também implementam soluções mais eficientes e adaptadas às necessidades locais.

É fundamental que se invista na formação técnica dos gestores de saúde, garantindo que o planejamento seja mais eficaz e, conseqüentemente, proporcionando um sistema de saúde mais equitativo e resolutivo para a população. O caso de Natércia exemplifica como, apesar das limitações iniciais, o desenvolvimento de competências em planejamento é crucial para o fortalecimento da gestão pública em saúde.

Por fim, o trabalho demonstrou que, para alcançar uma gestão pública de saúde mais eficiente, é imprescindível investir em um planejamento contínuo, flexível e adaptável, capaz de reagir a desafios emergentes, sempre focando na melhoria da qualidade de vida e na equidade no acesso aos serviços de saúde. Assim, o planejamento em saúde se consolida como um instrumento de governabilidade essencial, integrando conhecimento técnico, práticas de gestão e a participação da comunidade para garantir um atendimento mais humanizado e resolutivo para a população.

Referências Bibliográficas

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

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 18 ago. 2024

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>.

ABRASCO/ENSP/FIOCRUZ. Relatório Final. **Financiamento do SUS: Equidade, Acesso e Qualidade.** 2023. Disponível em:

< <https://observatoriodosus.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/05/ABRASCO-relatorio-sus-2-DIGITAL.pdf>>. Acesso em 28 ago. 2024.

ARTMANN, Elizabeth. **O Planejamento Estratégico Situacional no nível local:** um instrumento a favor da visão multissetorial. In: _____. Oficina Social nº 3: Desenvolvimento Social. COPPE/UFRJ, 25p., 2000. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2024.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Consultas - **CONSULTA ESTABELECIMENTO – IDENTIFICAÇÃO.** Disponível em

<<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> Acesso em 15 set. de 2024.

COSEMS/PR. **O Financiamento do SUS. 2023.** Disponível em:

<https://cosemspr.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Financiamento-do-SUS_2023-4.pdf> Acesso em: 18 ago. 2024.

DataSUS. **DIGISUS GESTOR. Módulo Planejamento.** 2024. Base local.

DataSUS. **e- Gestor Atenção Primária à Saúde. SISAB. Sistema de Informação da Atenção Básica.** 2024. Base local.

DataSUS. **TABNET. SIH-SUS– Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: < <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>>. Acesso em: 07 out. 2024.

DataSUS. **TABWIN, tabulador de dados de uso geral. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB.** 2023. Base local.

DataSUS. **VIGIÁGUA. Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da**

Água para Consumo Humano. 2024. Base local.

Entenda quais são os níveis de atenção à saúde do SUS. Disponível em: <<https://www.hygia.com.br/pdf/WhitePaper-Niveis-Atencao.pdf>> Acesso em agosto.2024.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 25ª Edição. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1996. 54p. Disponível em: <<https://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/paulo-freire/pedagogia-da-autonomia.pdf/view>>. Acesso em: 22 jul. 2024.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Consultas**-Índice Mineiro de Responsabilidade Social. Disponível em: < <https://imrs.fjp.mg.gov.br/Consultas>>. Acesso em 17 set. 2024.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Especialização Gestão em Saúde: Organização e Financiamento do SUS.** Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401228/1/Organizacao_FuncSUS%20GS%203ed%20GRAFICA.pdf> Acesso em agosto. 2024.

Instituto Água e Saneamento. **Municípios e Saneamento.** Disponível em: <<https://www.aguaesaneamento.org.br/municipios-e-saneamento/mg/natercia>> Acesso em 25 set. 2024.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; Assis. Marluce Maria Araújo. **Desafios do Planejamento na construção do SUS.** Editora: edufba salvador, 2011. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://static.scielo.org/scielobooks/w8k6j/pdf/jesus-9788523211769.pdf>> Acesso em agosto de 2024.

MARÍN-LEÓN, Letícia; BARROS, Marilisa. **Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico.** 2003. Rev. Saúde Pública, v. 37, n. 3. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/dfBLtNKcWH5zNmK9dLS7FCH/#>>. Acesso em 07 out. 2024.

MATUS, Carlos. **El plan como Apuesta,** *Revista PES*, n.2, p. 9-59, 1993.

MATUS, Carlos. Tomo 1. **Política, Planejamento e Governo.** 2ª Edição. Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde.** 2ª Edição. Brasília. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf/>. Acesso em 22 jul.2024.

MENEZES, Katia da Silva Viana; PEÇANHA, Pedro Augusto Muylaert Reis; SILVA NETO, Romeu; HORA, Henrique rego Monteiro. **A matriz SWOT como instrumento de gestão estratégica de uma instituição pública de ensino superior.** 2022. Revista S&G, v. 17, n. 2. Disponível em: <<https://revistasg.emnuvens.com.br/sg/article/view/1763>>. Acesso em: 2 set. 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. 2014.** Hist cienc saude-Manguinhos, vol. 21, n. 1, p. 77-92. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 22 jul.2024.

NARVAI, Paulo Capel. **SUS: uma reforma revolucionária para defender a vida.** Belo Horizonte: Autêntica.2022. 270 p.

Portal da Vigilância em Saúde: **Painéis Temáticos.** Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/paineis-tematicos/>> Acesso em 25 set. 2024.

RAMALHO, Welandro Damasceno. **PORTAL DE PERIÓDICOS DA CAPES: uma análise do conteúdo mediante a aplicação da ferramenta SWOT. 2015.** 157f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação em Ciências) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/119182/000969784.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em agosto de 2024.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. Artmann, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 160 p. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-670003>>. Acesso em 21/07/2024 as 19:27.

FHC – FUNDAÇÃO HENRIQUE CARDOSO. **Saúde no Brasil: a evolução das políticas e os debates do sistema de saúde nas últimas três décadas.** Linha do tempo. Disponível em: < <https://fundacaofhc.org.br/linhasdotempo/saude/>> Acesso em julho de 2024.

TEIXEIRA, Carmen. **Planejamento em saúde: Conceitos, Métodos e Experiências.** Salvador: EdUFBA, 2010. 164 p. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2024.

VIEIRA, Mirela Tonato; NUNES, Simone dos Santos; ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti.; FLORES, Gisela Cataldi. **Fatores de risco de suicídio em homens e mulheres: uma revisão de literatura** / Suicide risk factors in men and women: a literature review. 2021. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/27000>. Acesso em: 7 oct. 2024.