

**UNIVERSIDADE DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

MANIRA SCHMITZ

**ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO OESTE
CATARINENSE NO PERÍODO DE 2010 A 2021**

**CHAPECÓ
2021**

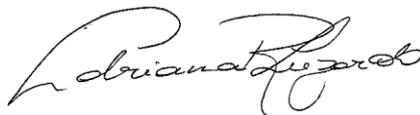
MANIRA SCHMITZ

**ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO OESTE
CATARINENSE NO PERÍODO DE 2010 A 2021**

Artigo apresentado ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção de título de Especialista em Saúde Coletiva.

Este trabalho de conclusão foi defendido e aprovado pela banca em: 14/05/2021

BANCA EXAMINADORA



Prof^a Dra. Adriana Remião Luzardo – UFFS
Orientadora

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbato – UFFS
Avaliador

Prof^a Dra. Graciela Soares Fonseca – UFFS
Avaliadora

ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO OESTE CATARINENSE NO PERÍODO DE 2010 A 2021

Manira Schmitz¹
Adriana Remião Luzardo²

RESUMO

Este estudo vem provocar reflexões sobre a lógica do planejamento, sua construção, sua aplicabilidade e investimentos para implementação das ações, tentando construir uma trilha histórica do contexto das potencialidades e desafios da gestão pública municipal. Desenhou o objetivo de analisar os planos municipais de saúde de uma cidade do oeste catarinense, no período de 2010 a 2021. A metodologia empregada seguiu um estudo exploratório-descritivo, do tipo documental, com abordagem qualitativa. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2020, por meio do acesso a fontes históricas secundárias, de acesso público na internet. A análise dos dados ocorreu em duas etapas, sendo que a primeira examinou os planos com base nos referenciais do planejamento estratégico e segunda etapa realizou análise das políticas públicas de saúde implementadas no município durante a vigência dos PMS, observando a efetivação das políticas e a implantação de serviços. O estudo não foi enviado ao Comitê de Ética da UFFS, tendo em vista que os documentos estavam em acesso livre na internet. Os planos de saúde analisados revelaram potencialidades e desafios. Das potencialidades destacam-se a utilização dos instrumentos de gestão, a dedicação e organização para realização dos planos e o cumprimento das normativas governamentais. Como desafios: a realização de uma análise situacional que avalie as necessidades de saúde e os determinantes sociais. É um desafio planejar e implementar diretrizes que trabalhem a intersetorialidade, como rede de políticas e a gestão do trabalho pela educação, saúde e valorização dos profissionais da saúde.

Palavras-chave: Planejamento. Gestão em Saúde. Trabalhador do SUS, Saúde Coletiva.

¹ Fisioterapeuta, Pós-Graduada em Saúde Coletiva – UFFS, *Campus* Chapecó.

² Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFFS, *Campus* Chapecó.

1 INTRODUÇÃO

Um resgate histórico sobre as lutas em defesa do direito social à saúde faz-se necessário cada vez que surge a necessidade de implementar políticas públicas de saúde que respeitem o direito universal, a cidadania e a humanização.

É preciso trazer à memória o legado dos anos 80 até os dias atuais, no sentido de valorizar as conquistas e os avanços, sobretudo quando se quer propor políticas públicas dentro da perspectiva em que o Sistema Único de Saúde foi forjado, seguindo seus princípios e diretrizes. Quando se fala na condição de cidadão, faz parte dela a compreensão de que é necessário defender a participação social nos rumos das prioridades, necessidades e promoção da saúde para a população.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, foi um marco histórico onde se consagrou a saúde como direito e cidadania universal, garantido pelo estado e pela expressão das lutas e conquistas sociais, deixando de ser exclusivo do âmbito federal. Desde então, a participação social passa a ser garantida por lei para assegurar que os usuários do SUS pudessem ser sujeitos de maior protagonismo na construção e inclusão de pautas que buscassem respostas para atenderem às necessidades de saúde percebidas (RICARDI; SHIMIZU; SANTOS, 2017).

Para avançar no espírito de Alma-Ata, é crucial reconhecer os direitos sociais, afirmar o dever do Estado, a universalidade do acesso, a orientação e regulação da dinâmica econômica com base nas necessidades públicas e sociais, envolvendo uma governança descentralizada e coordenada em âmbito nacional e global, com forte participação social (GIOVANELLA et al., 2019, p.4).

A incansável atuação de diversos atores no cenário do SUS faz com que mediante planejamento, planos, propostas e diretrizes exista uma busca pela efetivação de políticas públicas de saúde, as quais são entendidas neste estudo como um conjunto de programas, ações e metas que têm como finalidade o direito e garantia de vida para todo e qualquer cidadão.

Assim, o planejamento assume papel fundamental na elaboração e efetivação de ações para o alcance do resultado de algo que foi previamente observado. Depreende-se que o planejamento não se resume a um conjunto de intenções ou a simples tomada de decisão, mas consiste em formalização de procedimento para a obtenção de um resultado articulado, de forma a integrar as decisões (VIEIRA, 2009).

Nesse contexto surge o planejamento em saúde como uma ferramenta capaz de auxiliar na elaboração de diretrizes que reordenam as prioridades, inclusive numa proposta de pactuação de metas e ações em diálogo entre as três esferas de gestão em saúde. Essa proposta materializou-se a partir de 2006 com a criação do Pacto pela Vida e Gestão: uma ferramenta rica em organização e apoio à implementação de programas em saúde para a população brasileira (BRASIL, 2006).

No universo do Pacto de pela Vida está o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Assim, este sistema de planejamento tem em sua definição a adoção do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como perfil de atuação continuada, articulada, integrada e solidária nas áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS, além do controle, avaliação e monitoramento como partes fundamentais para aplicabilidade coerente e justa, em ressonância com as demandas e necessidades de saúde. Uma política ampla, humanizada e inclusiva aponta maior cobertura quando o planejamento estratégico contempla todos os atores da produção de saúde. O gestor público que incorpora essa estratégia aponta uma fortaleza e um diferencial, que é conhecer de fato as diretrizes do SUS, a partir da Lei 8.080 e Lei 8.142, para além do poder e autonomia política de mandatos eletivos (BRASIL, 2009).

A relevância do planejamento para as esferas de gestão e organizações ganha força na afirmação de Carlos Matus (1996) em que: "negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for". Dessa forma, pensar é um ato de estruturar a vida frequentemente, planejar traz consigo o sentido de estruturação da vida na sua integralidade. Não planejar pode significar uma vida sem rumo. É primordial ter foco e objetivo e isso só é possível com o planejar, caso contrário não se estaria trabalhando com prioridades e com aquilo que é possível, mas com o que simplesmente nos surge na vida (VIEIRA, 2009).

A ausência de um planejamento pode trazer transtornos e frustrações, tendo em vista que podem ocorrer prejuízos pela sua falta e o quanto um planejamento bem conduzido pode influenciar na vida dos cidadãos enquanto sujeitos e usuários de políticas públicas de saúde. Nessa perspectiva, a importância da participação social no momento de planejar significa um planejamento global, que traz os elementos da busca e da oferta do mesmo, o que se torna possível na contribuição de todos os atores e elementos do processo saúde e doença (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015).

O processo de planejamento envolve então levantamento de informações caracterizadoras do contexto a ser planejado, traduzindo-se na forma de planos, programas, metas e ações nas três esferas de gestão. A gestão municipal, muitas vezes, é aquela que conta com a participação social mais intensa pela proximidade que há com o espaço de decisão municipal, contando com o poder de atuação do conselho municipal de saúde.

O Plano de Saúde (PS) é um instrumento que parte de uma análise situacional de saúde, apresentando as intenções e os resultados a serem executados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, metas, ações e recursos financeiros. O Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde necessários para uma determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Os Planos Municipais Saúde (PMS) são documentos norteadores das políticas públicas para cada gestão, são ferramentas pensadas, planejadas e elaboradas a partir de análise de dados solicitados pelos próprios gestores, em que se faz um diagnóstico do município com dados demográficos, epidemiológicos, situacionais, econômicos e sociais:

Num contexto social, político e econômico, o planejamento passou a ser tratado como importante mecanismo para conferir eficiência à gestão descentralizada, funcionalidade das pactuações e emprego estratégico de recursos. Um potente instrumento que colabora, plena e efetivamente, para o funcionamento sustentado do SUS (BRASIL, 2009, p. 211).

O PMS feito a cada nova gestão tem a vigência de quatro anos, porém cada gestor ao assumir recebe o Plano em vigor ainda por um ano e assim, sucessivamente, para a próxima gestão que assumir, segue o plano em andamento. Após o término o gestor aplica o plano que for elaborado pela sua gestão, possibilitando que o compromisso assumido possa ser cumprido, podendo inclusive fazer jus às “promessas” realizadas em campanhas eleitorais. Um PMS deve ter como princípios básicos a justiça social, ao mesmo tempo em que respeita as determinações das diretrizes orçamentárias conforme prevê a portaria Nº 2.135 de 25 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013).

A elaboração de planos municipais de saúde deve levar em conta um planejamento estratégico que seja participativo, sendo uma ferramenta importante

para aproximar a implementação de ações planejadas das reais necessidades em saúde num processo conjunto com a participação do controle social (BRASIL, 2009).

É preciso ter em mente que um planejamento participativo deve compreender a realidade da população dos diferentes territórios, sobretudo em relação ao conceito ampliado de saúde, levando em consideração o modelo de determinação social quando se realiza a análise situacional com uso de ferramentas epidemiológicas que traduzam a realidade sanitária.

O estudo justifica-se pela importância que há em provocar reflexões sobre a lógica do planejamento, sua construção, sua aplicabilidade e investimentos para implementação das ações planejadas. Torna-se relevante por construir uma trilha histórica do contexto das potencialidades e desafios da gestão pública municipal, tendo foco nos instrumentos de gestão e as políticas públicas em operacionalização. O estudo também é relevante porque busca preencher uma lacuna na produção do conhecimento sobre planejamento público em saúde quanto aos PMS.

Assim, surgiram algumas perguntas de pesquisa, a saber: quais ferramentas de gestão estavam presentes na elaboração dos PMS? Qual a tendência adotada para elaboração dos planos quanto ao tipo de planejamento utilizado? Que políticas públicas foram implementadas pelos planos ao longo dos anos? Para responder às perguntas de pesquisa delineou-se o objetivo de analisar os planos municipais de saúde de uma cidade do oeste catarinense, no período de 2010 a 2021.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo documental, com abordagem qualitativa, que forneceu a possibilidade de reunir grande quantidade de informações (Triviños, 2013), acerca dos Planos Municipais de Saúde elaborados para execução no período de 2010 a 2021 em um município da região oeste de Santa Catarina. Esse município é Chapecó e possui aproximadamente 220 mil habitantes, sendo considerada a capital do oeste. Atualmente apresenta-se como um relevante centro industrial, um importante polo na área da saúde na região, além de centro financeiro e educacional, tendo como principal base da sua economia a agroindústria (exportação de produtos industrializados). É uma cidade pujante, de notório crescimento e desenvolvimento local e regional, segundo dados do IBGE (2020).

A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2020, por meio do acesso a fontes históricas secundárias, de acesso público na internet. A análise dos dados ocorreu em duas etapas, sendo que a primeira examinou os planos com base nos referenciais do planejamento estratégico, que correspondem a diretrizes do Sistema Único de Saúde, tais como o lançamento do Pacto pela Saúde (Portaria de n. 399, de 22 de fevereiro 2006) e o PlanejaSUS, além de considerar a Lei 8.080, a Lei 8.142, e a Portaria nº 2.135, 25 de setembro de 2013. Como critérios desta etapa buscou-se identificar nos planos: a realização de análise situacional de saúde; o plano de ação, que contemplasse diretrizes, objetivos, metas e indicadores; o monitoramento e avaliação; a metodologia empregada na elaboração do plano; o compromisso com o investimento em saúde e o orçamento destinado para execução das ações planejadas.

Na segunda etapa, realizou-se uma análise acerca das políticas públicas de saúde implementadas no município durante a vigência dos PMS no período estudado, observando a efetivação das políticas traduzidas por ações programáticas, assim como pela implantação de serviços. O estudo seguiu os cuidados éticos preconizados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, mesmo que não tenha sido necessário o envio do projeto ao Comitê de Ética da UFFS, tendo em vista que os documentos estavam em acesso livre na internet.

3 RESULTADOS

Com base nos parâmetros estabelecidos na metodologia para análise dos planos, os documentos acessados apontaram que os planos de 2010 a 2021 trouxeram, de forma geral, os critérios supracitados, sejam de forma direta ou indireta e de forma particular alguns itens não estavam expressos.

Nesse contexto, foram analisados três PMS relativos aos períodos de gestão pública municipal de: 2010 a 2013; 2014 a 2017 e 2018 a 2021, conforme os critérios apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Características de População Residente, Análise Situacional em Saúde, Planejamento e Investimento em Saúde dos Planos Municipais de Saúde de 2010 a 2021. Chapecó, 2021.

PMS	PMS 2010-2013	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
-----	---------------	---------------	---------------

Critérios			
População Residente Referida e Estimada (IBGE)	180.000 no PS 183.530 (IBGE)	Não apareceu no Plano 213.279 PS de 2018 Traz esse dado 2017	213.279(PS referente a 2017 - 224.013 (IBGE, 2020)
Análise Situacional em Saúde	Características gerais do município	Aspectos socioeconômicos e demográficos	Panorama Demográfico Natalidade/Fecundidade/ Expectativa de vida e Morbimortalidade
Planejamento	Definição de diretrizes, objetivos e metas	Definição de diretrizes e objetivos	Definição de plano de ação por eixos e diretrizes
Investimento em Saúde	além do legal de 15%	foi de 22%	no PMS não aponta qual o percentual

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

No que se refere ao plano de 2010-2013, apresentado com o *slogan* “Saúde como prioridade”, observou-se que foi realizada a análise da situação de saúde descrita como características gerais do município como base em dados epidemiológicos e indicadores de morbimortalidade. O plano de ação agregou diretrizes, objetivos, metas e indicadores, descrevendo toda a metodologia de elaboração, referenciando a participação da gestão, dos profissionais de toda a rede de atenção básica e do controle social. A metodologia utilizada na elaboração deste plano acompanhou as diretrizes do Pacto pela saúde e o PlanejaSUS, mencionando, inclusive, o referencial teórico guiado por Carlos Matus em relação ao Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (PES). Registrou a intenção de realizar avaliação, ao criar um instrumento de monitoramento trimestral para cada meta, utilizando a auditoria como uma importante ferramenta de gestão. O plano ainda evidenciou o compromisso com o investimento em saúde manifestado na forma de repasse além dos 15%, reforçando que era preciso garantir a regulamentação imediata da Emenda Constitucional 29/2000, a qual definiu os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços. Não há descrição exata sobre o modelo de gestão adotado, por outro lado, o plano demonstrou a atuação da atenção básica pela implantação de equipes de saúde da família, o que indica a tendência por um modelo. Destaca-se que Chapecó representava um importante polo regional acerca da assistência à saúde no

atendimento a 13 regionais, abrangendo 105 municípios que pactuaram metas por meio de consórcio intermunicipal.

O PMS da gestão de 2014 a 2017 foi elaborado com “foco na promoção do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde e o fortalecimento do SUS”. Na base da elaboração deste PS estava a análise da situação de saúde que, como no plano anterior, foi construída com apoio nos dados epidemiológicos e indicadores de morbimortalidade. Não foi detalhada no texto a metodologia utilizada, em comparação ao plano anterior, porém apresentou plano de ação com objetivos, metas, diretrizes, ações e indicadores pactuados para o período de competência do plano. A construção deste plano foi conduzida e organizada pelo modelo de planejamento estratégico do Ministério da Saúde preconizado no período de 2011-2015. Como no plano da gestão anterior, observou-se a importância dada ao papel da Diretoria de regulação, controle, avaliação e auditoria, no sentido da articulação do funcionamento da rede de serviços de Chapecó e dos municípios da região em conformidade com a Programação Pactuada Integrada (PPI). Este plano ainda manifestou compromisso com o investimento de 22%, indo além da obrigatoriedade dos 15% previstos em lei. O financiamento seguiu a mesma lógica do PMS anterior, no que se referia à legislação da Emenda Constitucional 29/2000, destacando o compromisso financeiro da esfera municipal.

O PMS de 2018-2021 inicia de forma diferente dos anteriores, tendo em vista que não está descrito o compromisso ou mesmo o foco da referida gestão, observando-se a narrativa introdutória focada diretamente na análise situacional, com base em dados epidemiológicos e indicadores de morbimortalidade, sem um texto inicial para posicionamento contextual e sem uma metodologia declarada de como ocorreu sua elaboração. É importante ressaltar que as metas foram propostas pela gestão municipal e posteriormente foram apresentadas em chamamento público para participação social.

O plano de ação demonstrou semelhanças com o plano anterior ao mencionar monitoramento, avaliação e auditoria. Entretanto, esta estrutura não está representada de forma objetiva, pois em alguns momentos traz o controle e monitoramento como papel da vigilância em saúde, em outros remete ao papel deliberativo do controle social em relação à fiscalização da implementação de políticas de saúde, de aspectos econômicos e financeiros, mas sem deixar claro como isso acontece. Não foi possível perceber trechos narrativos que anunciassem o

financiamento, orçamento e nem o modelo de gestão adotado na época. Não descreve o compromisso com o investimento. Percebe-se uma tendência ao modelo de planejamento normativo, tendo em vista que não deixa claro o compromisso com o planejamento estratégico situacional, também pela ausência de registro da participação do controle social diferentemente do que foi registrado nos PMS anteriores.

A segunda etapa de análise dos planos revelou o compromisso assumido em relação às políticas públicas de implementação, por meio de ações programáticas, bem como a necessidade da implantação de novos serviços na atenção à saúde, explicitados conforme o quadro 2.

Quadro 2 – Características das Políticas Públicas, Atenção Integral à Saúde dos Planos Municipais de Saúde de 2010 a 2021. Chapecó, 2021.

PMS Critérios	PMS 2010-2013	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
Políticas Públicas	ESF PMAQ PCCS PET	PET e Pró Saúde PSE Chapecó Mais Sorridente	Programa Saúde em Casa Programa Tratamento de Obesidade Grave em Crianças e Adolescentes
	Saúde Mulher/Criança/Adol escente/ Homem Atenção Saúde Idoso	Pró-EPS-SUS SESAI Saúde Em Casa	Assistência Farmacêutica
	Saúde Bucal (Chapecó Mais Sorridente)	Farmácia Popular do Brasil	NASF ACS
	Controle Has/Diabetes e DSTs	Programa Saúde Prisional	Programa Saúde Prisional
Atenção Integral à Saúde	Atenção Básica À Saúde		
	UBS ESF ACS	UBS ESF NASF ACS Saúde Bucal	UBS ESF NASF ACS Saúde Bucal
	Atenção Especializada		

	CERES CEREST CEO Clínica da Mulher PA SAMU Saúde Mental	CEREST PA UPA USA USB SARA SAER/FRON SAMU SAST/ PICS Saúde Mental	CAPS UA PA SAMU UPA UA USA USB SARA SAER/FRON SAST/PICS
--	---	--	---

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

No PMS de 2010-2013 trouxe as políticas públicas relacionadas ao investimento e efetivação do Programa de Educação Permanente e pelo Plano Cargos Carreira e Salários (PCCS), objetivando a valorização do trabalho e do profissional da saúde. Nesse PS também houve adequações na implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), do Programa Saúde na Escola (PSE), do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde), Gestão do Trabalho e do Programa Farmácia Popular do Brasil - Unidade Chapecó.

A composição da Atenção Básica, naquele período, somava um total de 27 Unidades Básicas de Saúde, somando 32 Equipes de Saúde da Família, com cobertura populacional de 71,1%, sem referência a dados mais específicos sobre os Agentes Comunitários de Saúde.

Na Atenção Especializada apareceram os Serviços de Urgência e Emergência como o SAMU, o Pronto Atendimento (PA), do bairro Centro e o Pronto Atendimento do bairro Efapi. Nesse nível de atenção, também houve destaque de registros no investimento junto aos serviços como o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi II), o Centro de Atenção Psicossocial para Adultos (CAPS II), o Centro de Atenção Psicossocial para Adultos em Álcool e Drogas (CAPS AD II), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Assim como os Centros de Referência Especializada em Saúde (CERES) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Na assistência farmacêutica destacaram-se as Farmácias do CERES, a Farmácia na região do Efapi, o Centro de Custos de Medicamentos e a Farmácia do Hospital-Dia. Outros serviços foram foco de investimento, como: o Hospital Dia HIV/Aids, o Ambulatório do Idoso, a Clínica da Mulher, o Serviço

Municipal de Fisioterapia e Saúde Funcional, o Laboratório de Análises Clínicas e Ambientais, o Serviço de Diagnóstico e Imagem, bem como ações de setores como da Vigilância em Saúde e setor de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.

O plano de 2014-2017 destacou o compromisso com algumas políticas e programas vinculados a elas, tais como o Programa Chapecó Mais Sorridente, o Programa de Saúde do Escolar (PSE), o Programa para o Fortalecimento para as práticas de educação permanente em saúde no Sistema Único de Saúde (PRÓ EPS-SUS), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), o programa Farmácia Popular do Brasil Unidade de Chapecó e o Programa Saúde em Casa. Secretaria Especial de Saúde indígena (SESAI); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no sistema Prisional - (PNAISP).

Em relação aos serviços implantados, o plano em questão demonstrou investimento na oferta de serviços em diferentes níveis de atenção. A Atenção Básica apresentou 26 Unidades Básicas de Saúde com 41 Equipes Saúde da Família com cobertura populacional de 74,82%, com 280 Agentes Comunitárias de Saúde com cobertura populacional de 85,16%, 29 Equipes de Saúde Bucal de cobertura populacional de 52,92% e 04 equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Na Atenção Especializada foram implantados alguns serviços, a saber: a Implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e ampliação do Pronto Atendimento (PA) da Efapi. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU compõe duas Unidades de Suporte Básico (USB) e uma Unidade de Suporte Avançado (USA), uma Unidade de Pronto Atendimento UPA (II), o Serviço de Atendimento e Resgate Aeromédico (SARA) e o Serviço AeroPolicial de Fronteira (SAER/FRON). A implantação da Unidade de Acolhimento (UA) com uma Equipe de Saúde Prisional Tipo III com Saúde Mental, o Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH), o Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST) e o Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST), local em que funcionava com base na oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

Na assistência farmacêutica evidenciou-se a continuidade na descentralização e ampliação deste serviço por regiões, tais como: a Farmácia Central, a Farmácia Norte, a Farmácia do bairro Efapi, a Farmácia Sul, a Farmácia Leste, a Farmácia do bairro Santo Antônio e a Farmácia do Hospital-Dia.

Ainda na atenção especializada destacam-se os serviços de referência como o Centro Referencia Especializada em Saúde (CERES), Central de Referência em

Saúde Municipal (CRESM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), a Clínica da Mulher, o Ambulatório da Criança de Alto Risco, o Hospital-Dia, o Ambulatório do Idoso, o Ambulatório de Lesões de Pele, a Clínica do Homem, o Serviço Municipal de Diagnóstico e Imagem, Análise clínicas e ambientais, Saúde complementar pré-hospitalar, Envelhecimento e doenças crônicas. Neste Plano houve a ampliação do Centro de Atenção Psicossocial Adulto de Álcool e outras Drogas (Caps AD III) 24 horas.

O PS de 2018-2021 demonstrou na organização do plano e evidenciou as políticas que foram foco de atuação como o Programa Saúde em Casa, o Programa de Tratamento de Obesidade Grave para Crianças e Adolescentes, a Participação e Controle Social e o Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB).

A Composição dos Serviços da Atenção Básica descreveu da seguinte forma de apresentação: Existindo 26 Unidades Básicas de Saúde, com 52 Equipes saúde da família com 84,29% de cobertura populacional, 30 equipes saúde Bucal com 49,39% de cobertura populacional, 314 agentes comunitárias de saúde com 86,16% de cobertura populacional; 05 equipes Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); 01 equipe saúde prisional tipo III com saúde mental; A Assistência Farmacêutica ampliou e descentralizou por regiões, apresentou-se nessa ordem: Farmácia Central; Farmácia na Efapi; Farmácia Norte; Farmácia Leste; Farmácia Sul; Farmácia Santo Antônio; Farmácia da Penitenciária Agrícola; Farmácia Marechal Bormann; Farmácia do Hospital Dia; Ainda na assistência farmacêutica destacou a Farmácia com componente especializado (CEAF);

Na atenção especializada foram implantados os Serviços de Urgência e Emergência como o SAMU com duas (02) Unidades de Suporte Básico (USB) e uma (01) Unidade de Suporte Avançado (USA); um Pronto Atendimento (PA) da Efapi; uma Unidade de Pronto Atendimento de Porte II (UPA II); um Serviço de Resgate Aeromédico (SARA). Na Rede de Saúde Mental organizaram-se o Centro de Atenção Psicossocial Adulto Álcool e outras Drogas (CAPS AD III); o Centro de Atenção Psicossocial para Adultos (CAPS II); o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi II) e uma Unidade de Acolhimento (UA).

Ainda na atenção especializada os serviços de referência que mantiveram o destaque nesse plano sendo a Central de Referência em Saúde Municipal (CRESM), a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, o Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Clínica da

Mulher Chapecoense, o Setor de Alimentação e Nutrição (SAN), o Ambulatório de Lesões de Pele, o Ambulatório do Idoso, o Hospital-Dia, o Centro Especializado em Tuberculose, Hanseníase e Hepatite (CETH), o Serviço Municipal de Diagnóstico e Imagem, o Laboratório de Análises Clínicas e Ambientais, bem como ações em setores de Vigilância em Saúde, especificamente na Vigilância Ambiental.

No componente hospitalar evidenciou-se o empenho em ações junto ao Hospital Regional do Oeste Catarinense (HRO), ao Hospital Materno-Infantil (HMI) e ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Regional do Oeste (NHE/ HRO).

4 DISCUSSÃO

Ao analisar os planos de saúde, além destes apontarem os rumos das políticas públicas em saúde como as prioridades, metas e objetivos, eles deveriam manter registrada uma sequência histórica. Conhecer os serviços implantados, implementados ou mesmo programas aderidos durante estas três gestões, ficou um pouco desconexo no sentido de onde certos serviços ou políticas iniciaram. Isso deixa indagações da importância em saber qual a gestão investiu nessa política ou nesse programa, pois se entende que muda a gestão mas a continuidade dos serviços se mantém, as ampliações ou implementações do SUS é conseqüentemente a construção e trajetória dessas políticas e programas, eles acontecem conforme a própria construção do sistema, não existe interrupção dos serviços, existe uma interrupção parcial de uma gestão, portanto isso fica indiscutível que os serviços foram estruturados e os quais funcionam de forma organizada a partir de um planejamento, até o próximo, sem que haja interrupção. Ao longo dos PMS várias propostas e compromissos foram anunciadas, envolvendo políticas públicas, diretrizes e serviços, serviços que atualmente tiveram suas atividades descontinuadas.

Sobre o método para elaboração dos planos percebeu-se algumas variações. O PS de 2010/2013 faz seu referencial seguindo as orientações e diretrizes elencadas a partir de documentos oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) seguindo a lógica dos pensadores renomados, inclusive citando Carlos Matus (1996). Também descreveu toda a organização de como ocorreu o envolvimento dos participantes, descreveu detalhes sobre os debates os quais construíram este plano, apontou inclusive todas as etapas de pré elaboração.

O segundo Plano de 2014/2017, já não ficou descrito tanto quanto o primeiro de como ocorreu esta elaboração, porém a metodologia traz o referencial do Pacto pela Saúde (Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006), que foi o marco histórico de 2006 com o compromisso assumido pela defesa da vida e do SUS. Já o último plano não deixou claro qual foi a lógica metodológica seguida, não trouxe uma apresentação com texto inicial, o qual já é uma introdução de ideias e da tendência teórico-filosófica como plano de fundo à própria construção e do que se encontrará adiante. Chamou a atenção, quanto da comparação entre os planos, que as mudanças de gestão influenciam, isso fica evidente, pois as diferenças ficam perceptíveis inclusive no formato de apresentação.

Durante as etapas de análises, não foi possível observar claramente quais foram os indicadores eleitos como prioridades, quais foram essas formas de elencar e definir as políticas públicas que estariam no topo de cada gestão, deixando uma lacuna para o entendimento nesta fase do planejamento.

O Planejamento em saúde é um ato de muita responsabilidade, conhecimento e coerência, como diz Nascimento e Egry (2017), inclusive é um grande desafio para os gestores em saúde, a importância de se ter uma concepção ampliada sobre o processo de saúde/doença, a identificação das necessidades, por meio do entendimento das condições de vida das pessoas, que para se planejar saúde é importante ter presente a análise situacional mas fundamental é ter uma análise dos determinantes sociais da saúde.

É impossível discutir saúde e não falar de fatores determinantes, pois é preciso analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos (Buss et al. 2007). Essa é uma questão primordial quando de fato a atenção e a prioridade for de justiça social, é impossível planejar saúde sem ter claro e presente a vulnerabilidade social e a desigualdade, como fala Ricardo Ayres et al (2018), sobre essa concepção, a vulnerabilidade é justamente aquilo que, a partir dessa posição singular do indivíduo, o expõe a essas possíveis agressões e desrespeito. Essas análises são as que mostram as evidências e apontam fatores, que possivelmente são os grandes causadores de doenças e mortes. Os planos deveriam ter como prioridade esse compromisso e responsabilidade, para planejar as ações da saúde a partir da análise situacional mais a análise dos determinantes sociais da saúde para entender o processo saúde e doença.

Falar do conceito de saúde e de cuidado ampliado nos remete à um debate conceitual em torno da necessidade de mudanças sociais mais profundas e uma nova concepção de Estado (Rosário et al. 2020). Assim, não se pode deixar de fazer uma menção ao início do maior programa de saúde e porque não de inclusão: o Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi criado em 1994 pela Portaria de N° 692, de 25 de março de 1994, viria tornar-se o modelo de atenção adotado para o SUS, tendo como foco a integralidade, na busca por resolver problemas detectados nas diferentes populações.

Nesse sentido, analisando investimentos na Atenção Básica, é inevitável não destacar sua potencialidade enquanto programa, e aqui ela foi referenciada como prioridade, em especial nos dois primeiros planos analisados, fica evidente essa característica, sendo ainda considerada a principal porta de entrada. A organização da rede e programas que a atenção básica está vinculada e representada, diferente da atenção especializada, surgem com maior ênfase no penúltimo plano. No último plano, percebe-se uma tendência estacionária, ou poderia até ser descrito como um retrocesso, pois houve alterações e extinções de programas e serviços, a exemplo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O referido sistema de indicadores, foi criado pela Portaria GM/MS nº 1.654 de 19 de julho de 2011, sendo um programa estratégico, avaliativo e intervencionista. O PMAQ visava a autonomia entre as equipes de atenção básica, com capacidade para promover mudanças de hábitos nos serviços, ampliando impactos positivos sobre as condições de saúde da população (CHAVES, 2018).

Como pontua Azevedo et al. (2012) sobre o potencial das políticas públicas trazendo presente a importância fundamental da intersetorialidade, por ela ser revitalizadora e estimuladora das ações promotoras da saúde, que contemplam os complexos condicionante no processo saúde e doença. Esse formato de fazer política é um desafio para os gestores, visto que requer uma junção entre diversos atores, segmentos ou secretarias, pois os problemas reais de saúde e doença são multicausais e afetam a população necessitando da articulação de saberes e experiências para seu enfrentamento.

Ressalta-se que a intersetorialidade teve destaque no primeiro plano, no qual a política de saúde do trabalhador aparece com mais potencial, trazendo a junção dos serviços visando a reabilitação e readaptação do trabalhador, envolvendo setores como Assistência Social, INSS, CEREST e SAST entre outros. No entanto, ficou

perceptível nos planos seguintes que esta tecnologia perdeu força, chegando a ter a descontinuidade de fluxos e inclusive de serviços, com a extinção do SAST.

Durante a análise dos PMS percebeu-se a potencialidade da dedicação da área de gestão na elaboração, demonstrando a atuação dos técnicos que formulam e operam as políticas públicas no município. Apesar disso, entende-se que cada gestão absorve características de novos gestores e que estes imprimem à gestão pública seus alinhamentos políticos, na maior parte das experiências observadas e isso perpassa os processos gerenciais de toda e qualquer instituição.

Observou-se que houve a intenção de qualificar e valorizar o quadro de servidores, pois nos planos constam referências à Educação Permanente e a promessa da implementação do Plano de Cargos Carreiras e Salários. Segundo a lei 8.142/90, no inciso VI do artigo 4º, ela determina que para ocorrer a transferência de recursos do fundo nacional para os estados e municípios é necessário que contém uma comissão para elaboração de planos de carreiras, cargos e salários (PCCS), prevendo um prazo de dois anos para sua implantação. Considerando que a lei tem mais de trinta anos, percebe-se que isso não aconteceu como era previsto e a transferência de recursos seguiu normalmente desde então, e desta forma o PCCS, ainda não se efetivou, permanecendo como uma necessidade dos servidores da rede municipal de saúde. Segundo Mendes et al. (2018) a institucionalização da carreira mediante a implantação do PCCS é considerada como uma importante política atrativa para os trabalhadores do SUS e uma forma poderosa de fixação destes na região em que atuam, visto que oportuniza a perspectiva de carreira e o compromisso das instituições de saúde com o desenvolvimento do trabalhador.

Assim, percebe-se que os alinhamentos políticos de alguma forma interferem na gestão dos processos em saúde, principalmente na melhoria das condições de trabalho e renda dos profissionais que atuam na rede SUS municipal, sendo que a cada eleição reascende a esperança de que as várias propostas de melhorias se traduzam na prática. Como descreve Silva et al. (2018), para além da representação dos interesses políticos, a heterogeneidade dos municípios é outro fato que deve ser considerado, inclusive quando se trata de municípios menores, o que demonstra implicações diretas na sua capacidade de arrecadação e, conseqüentemente, no comprometimento de recursos em áreas como a saúde e a educação. Aliado a isso, existem outros aspectos estruturais relacionados à capacidade administrativa das

unidades subnacionais, que tendem a influenciar a eficácia da implementação de políticas descentralizadoras.

Pensando sobre a descentralização de políticas na esfera municipal, percebeu-se que nos PMS analisados havia o envolvimento com processos gerenciais de atenção à saúde mental, saúde do trabalhador e práticas integrativas, com efetivação concentrada em serviços de atenção especializada e pouco ou quase nenhum registro das iniciativas de descentralização dessas práticas na atenção básica. A disseminação destas políticas, tidas como essenciais para descentralização, sobretudo em atenção básica, promoveria a capilarização de suas ações em todos os territórios das áreas de abrangência dos serviços em nível primário, visando o acesso a serviços e a melhoria e qualidade de vida de forma integral. E se essas ações vêm ocorrendo de alguma forma, não foram almejadas nos referidos planos.

Segundo LACAZ (2007), na medida em que as classes trabalhadoras se constituem em novo sujeito político e social, este incorpora ideia de trabalhador que difere frontalmente de uma ideia passiva, apreendendo-o como agente de mudanças, com saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente e, como ator histórico na elaboração e intervenção de estratégias transformadoras.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, desde a sua implantação no SUS que se espera pela sua capilarização pela rede de atenção básica, no sentido de utilizar tecnologias de cuidado de fácil acesso, baixo custo e eficiência comprovada pelas evidências defendidas no próprio documento da política. A utilização de várias práticas integrativas no cuidado ao trabalhador e a sua saúde mental é um exemplo da efetivação de uma rede de políticas públicas em saúde potencializadoras dos preceitos de integralidade, equidade e humanização (BRASIL, 2006)

Para Cunha et al. (2012) quando se fala em humanização, ela deve ser vista não apenas como um programa, mas como uma política que atravessa diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, para estabelecer modificações qualitativas nas relações entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS.

Esse contexto de debate multifacetado leva à necessidade de uma política de intersetorialidade municipal, visto que as diferentes necessidades de saúde em diferentes setores e territórios reivindicam um alinhamento e um entrelaçamento entre diversas áreas.

Silva et al. (2014) comentam que intervenções isoladas possuem baixa efetividade para promover qualidade de vida, fomentar desenvolvimento e superar a exclusão social. A consistência das práticas intersetoriais diz respeito à concretude de programas bem estruturados com objetivos, planejamento e gestão compartilhados, bem como orçamentos próprios. Não há forma de trabalhar o cuidado com a saúde se não olharmos o todo. A intersetorialidade tem uma função extraordinária de integrar, unindo saberes e esforços para resolver situações sociais que perpassam a vida dos sujeitos, sendo um campo de atuação potente dentro da área de conhecimento da saúde coletiva.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os planos de saúde analisados revelaram potencialidades e desafios para realização do que foi planejado. Das potencialidades estão a utilização dos instrumentos de gestão, a dedicação e organização para realização dos planos e o cumprimento das normativas governamentais, bem como todo dispêndio de energia e envolvimento de diversos atores para a estruturação de serviços especializados.

Como desafio está a realização de uma análise situacional fixada em dados epidemiológicos de morbimortalidade necessários, mas que não permitem a avaliação das necessidades de saúde e de determinantes sociais que denunciem as assimetrias existentes nos diferentes territórios que convivem dentro do mesmo município.

Vale ressaltar que ainda configura desafio planejar e implementar diretrizes que trabalhem a intersetorialidade, como rede de políticas e a gestão do trabalho pela educação, saúde e valorização dos profissionais da saúde.

Dessa forma, torna-se fundamental refletir sobre a produção de saúde por meio de PMS, “ampliando o horizonte de manifestações do ser e estar no mundo”, uma vez que é impossível ter saúde na sua totalidade se não é possível transcender às limitações impostas pelas determinações sociais e condições básicas de sobrevivência.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 51-60, 2018.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino de; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 2143-2154, 2011.

BRASIL, Legislação Federal. Lei n. 8142 de 28/12/1990. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS** (PlanejaSUS) uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.135** (Diretrizes de Planejamento no âmbito do SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html
Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399** (Pacto pela Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 692** (Programa de Saúde da Família). **Página 20 da Seção 1 do Diário Oficial da União (DOU) de 29 de Março de 1994** - Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1052147/pg-20-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-29-03-1994/pdfView> Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015** – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS/ Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Federativa).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. Brasília: Editora MS. 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis [online]**. 2007, vol.17, n.1, pp.77-93. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CHAVES, Lenir Aparecida et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00201515, 2018.

CUNHA, Penha F.; MAGAJEWSKI, Flávio. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 71-79, 2012.

FREITAS, Gleyce Mara; BARATIERI, Tatiane; PILGER, Calíope. Plano de Saúde dos municípios de uma Regional de Saúde do Paraná. **Rev Enferm UFSM**, 2013.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019, v. 35, n. 3 [Acessado 7 março 2021], e00012219. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>>. Epub 25 Mar 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.

IBGE; Cidades e Estados; 2020. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/chapeco.html>>. Acesso em: 19 de set de 2020.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 265-274, 2015.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, Apr. 2007.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento & governo**. Tomo I. Brasília: IPEA; 1996.

MENDES, Tatiana de Medeiros Carvalho et al. Planos de cargos, carreiras e salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 849-861, 2018.

NASCIMENTO, Alexandra Bulgarelli do; EGRY, Emiko Yoshikawa. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Saúde e Sociedade**, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. **Tratado de saúde coletiva**, v. 2, p. 767-82, 2006.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 155-170, 2017.

ROSÁRIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 17-31, 2020.

SILVA, Kênia Lara et al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 4361-4370, 2014.

SILVA, Hudson; BAIA, Priscila. Associação político-partidária e influência da estrutura de incentivos na adesão dos municípios às políticas de saúde: evidências do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 615-631, 2018.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. 2010.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2013.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1565-1577, 2009.