

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES  
PÚBLICAS

Andreia Moro da Silva

**ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UMA  
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL SOB A PERSPECTIVA DO INDICADOR DA SÍFILIS  
GESTACIONAL E CONGÊNITA**

**Santa Maria, RS  
2021**



**Andreia Moro da Silva**

**ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UMA COORDENADORIA  
REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SOB A  
PERSPECTIVA DO INDICADOR DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas.**

Orientadora Dra. Sheila Kocourek

Santa Maria, RS  
2021

Silva, Andreia Moro da  
ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UMA  
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE  
DO SUL SOB A PERSPECTIVA DO INDICADOR DA SÍFILIS  
GESTACIONAL E CONGÊNITA / Andreia Moro da Silva.- 2021.  
180 p.; 30 cm

Orientador: Sheila Kocourek  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2021

1. Planejamento em Saúde 2. Sistema Único de Saúde 3.  
Sífilis Gestacional 4. Sífilis Congênita I. Kocourek,  
Sheila II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, ANDREIA MORO DA SILVA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

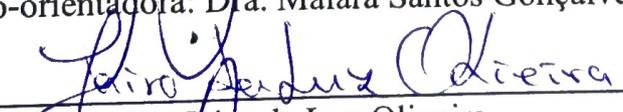
**Andreia Moro da Silva**

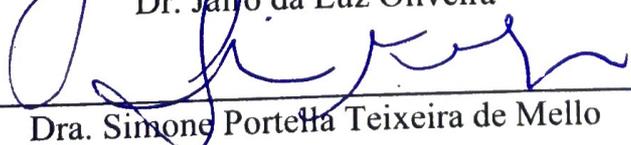
**ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UMA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SOB A PERSPECTIVA DO INDICADOR DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas.**

  
Orientadora Dra. Sheila Kocourek

  
Co-orientadora: Dra. Maiara Santos Gonçalves

  
Dr. Jairo da Luz Oliveira

  
Dra. Simone Portella Teixeira de Mello



## RESUMO

### ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UMA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SOB A PERSPECTIVA DO INDICADOR DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA

AUTORA: Andreia Moro da Silva  
ORIENTADORA: Dra. Sheila Kocourek  
CO-ORIENTADORA: Dra. Maiara Santos Gonçalves

Com o intuito de fortalecer o processo de planejamento do Sistema Único de Saúde e solidificar as suas diretrizes, os municípios passaram a ter maiores responsabilidades na organização e na execução das ações e serviços de atenção primária à saúde. Neste cenário, os gestores municipais de saúde assumiram um papel fundamental quanto ao planejamento das ações e serviços no território. O Plano Municipal de Saúde é o instrumento central de planejamento da saúde, devendo nortear as decisões da gestão e orientar quanto ao enfrentamento das necessidades de saúde da população. Desta forma, este estudo se propõe, por meio de uma abordagem quantitativa-qualitativa, a compreender como os secretários municipais de saúde de uma coordenadoria regional de saúde vêm problematizando, nos planos municipais de saúde, a questão da sífilis gestacional e congênita, seja do ponto de vista da análise de situação de saúde, seja na formulação das diretrizes, objetivos e metas neste instrumento. Este indicador foi escolhido em virtude do crescente número de casos dessa infecção no Rio Grande do Sul e no Brasil. A população deste estudo compreendeu os 32 municípios pertencentes às Regiões de Saúde 1 e 2, as quais integram a região administrativa da 4ª CRS. Os dados quantitativos foram armazenados em um banco de dados desenvolvido no programa Microsoft Excel<sup>®</sup>, onde realizou-se a análise descritiva dos mesmos a partir dos resultados de cada município. Os dados qualitativos foram coletados na plataforma digital de acesso público - Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) de onde foram selecionados os Planos Municipais de Saúde de vigências 2014-2017 e 2018-2021. Para a análise qualitativa dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, através da técnica de análise categorial, seguindo a metodologia adotada por Laurence Bardin. Como resultados, foi possível identificar que as questões relacionadas à sífilis gestacional e congênita são pouco abordadas nos PMS desta coordenadoria. Constatou-se que, nos documentos da região de saúde Verdes Campos, apenas 10% dos PMS 2014-2017, contemplaram questões relacionadas a SG e SC, aumentando para 30% nos PMS 2018-2021. Quando nos remetemos à região de saúde Entre Rios, na primeira vigência, 33% dos documentos contemplaram tais indicadores, aumentando para 67% na segunda vigência analisada. Pode-se afirmar que a forma com que os PMS estão sendo elaborados deve ser revista e qualificada, respeitando as especificidades de cada território. De igual forma, é evidente a necessidade dos gestores municipais de entenderem a complexidade do planejamento em saúde no SUS, assim como, é evidente que os servidores da CRS devam repensar a forma de abordagem deste tema. Como produto desta dissertação serão instituídos encontros periódicos entre SMS e CRS e elaborado um “Guia de elaboração para Planos Municipais de Saúde”.

**Palavras-chaves:** Planejamento em Saúde. Sistema Único de Saúde. Sífilis Gestacional. Sífilis Congênita.



## ABSTRACT

### ANALYSIS OF THE MUNICIPAL HEALTH PLANS OF A REGIONAL HEALTH COORDINATOR OF THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL FROM THE PERSPECTIVE OF THE CONGENITAL SYPHILIS ANALYZER

AUTHOR: Andreia Moro da Silva  
GUIDELINE: Dr. Sheila Kocourek  
CO-ENTOR: Dr. Maiara Santos Gonçalves

In order to strengthen the planning process of the Unified Health System and solidify its guidelines, the municipalities now have greater responsibilities in planning and executing primary health care actions and services. In this scenario, municipal health managers have assumed a key role in the planning of actions and services in the territory. The Municipal Health Plan is the central instrument for health planning, and it should guide management decisions and orient as to how to face the health needs of the population. Thus, this study proposed a quantitative-qualitative approach, to understand how the municipal health secretaries of a regional health department have been problematizing, in municipal health plans, the issue of gestational and congenital syphilis, whether from the point of view of health situation analysis or in the formulation of guidelines, objectives and goals in this instrument. This indicator was chosen because of the growing number of cases of this infection in Rio Grande do Sul and Brazil. The population of this study included the 32 municipalities belonging to Health Regions 1 and 2, which make up the administrative region of the 4th CRS. The quantitative data were entered into a database developed in Microsoft Excel ® program, where descriptive analysis was carried out based on the results for each municipality. The qualitative data were collected in the public access digital platform - Management Report Construction Support System - SARGSUS - from which the Municipal Health Plans for the 2014-2017 and 2018-2021 periods were selected. For the qualitative data analysis, the content analysis was used, through the technique of categorical analysis, following the methodology adopted by Laurence Bardin. As results, it was possible to identify that issues related to gestational and congenital syphilis are little addressed in the MSPs of this coordinator. It was found that, in the documents of the Verdes Campos health region, only 10% of the 2014-2017 MHPs, contemplated issues related to GS and CS, increasing to 30% in the 2018-2021 MSPs. When we refer to the Entre Rios health region, in the first term, 33% of the documents contemplated such indicators, increasing to 67% in the second term analyzed. It can certainly be said that the way in which the MHPs are being prepared must be reviewed and qualified, respecting the specificities of each territory. Likewise, it is required that municipal managers understand the complexity of health planning in the UHS, as well as that we, CRS employees, must rethink, as a superior instance, the way we approach such themes. As a product of this dissertation, periodic meetings between SMS and CRS will be instituted, and a "Guide for the elaboration of Municipal Health Plans" has been elaborated. This orientation guide will aim to help managers and their teams in the elaboration of the first part of the MSP - the situational analysis, always respecting the singularities of each territory.

**Key words:** Health Planning. Unified Health System. Gestational Syphilis. Congenital Syphilis.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Instrumentos de Planejamento da Saúde e suas ligações .....	38
Figura 2 - Relação entre os instrumentos obrigatórios de gestão do governo e gestão da saúde .....	39
Figura 3 - Sífilis congênita precoce .....	51
Figura 4 - Recém-nascido com sífilis congênita .....	51
Figura 5 - Sífilis Congênita Tardia .....	52
Figura 6 - Sífilis Congênita Tardia - Nariz em sela e mandíbula prognata.....	52
Figura 7 - Mapa das duas regiões de saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.	66
Figura 8 - Exemplo de Árvore de problemas.....	110



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Normas Operacionais Básicas.....	28
Quadro 2 -	Princípios e pressupostos do Planejamento no SUS.....	35
Quadro 3 -	Organização dos entes e estrutura decisória do SUS.....	43
Quadro 4 -	Imagens da sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária (mãos)...	49
Quadro 5 -	Principais publicações quanto ao cuidado materno-infantil referente à Sífilis.....	54
Quadro 6 -	Agenda Regional de Planejamento em Saúde - Instrumentos de Gestão - 2021-2024.....	106
Quadro 7 -	Transcrição textual dos PMS do município de Agudo, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	127
Quadro 8 -	Transcrição textual dos PMS do município de Dilermando de Aguiar, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	131
Quadro 9 -	Transcrição textual dos PMS do município de Formigueiro, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	133
Quadro 10 -	Transcrição textual dos PMS do município de Ivorá, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	135
Quadro 11 -	Transcrição textual dos PMS do município de Pinhal Grande, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	137
Quadro 12 -	Transcrição textual dos PMS do município de Quevedos, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	139
Quadro 13 -	Transcrição textual dos PMS do município de São Pedro do Sul, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	142
Quadro 14 -	Transcrição textual dos PMS do município de Silveira Martins, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	147
Quadro 15 -	Transcrição textual dos PMS do município de Toropi, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	149
Quadro 16 -	Transcrição textual dos PMS do município de Vila Nova do Sul, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	151
Quadro 17 -	Transcrição textual dos PMS do município de Cacequi, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	153
Quadro 18 -	Transcrição textual dos PMS do município de Itacurubi, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	155
Quadro 19 -	Transcrição textual dos PMS do município de Jaguarí, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	156
Quadro 20 -	Transcrição textual dos PMS do município de Nova Esperança do Sul, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	157
Quadro 21 -	Transcrição textual dos PMS do município de Santiago, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	158
Quadro 22 -	Transcrição textual dos PMS do município de São Francisco de Assis, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.....	162



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Agudo, R01, período 2010-2019.....	72
Tabela 2 -	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Dilermando de Aguiar, R01, período 2010-2019.....	74
Tabela 3 -	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Formigueiro, R01, período 2010-2019.....	75
Tabela 4 -	Número de testes de sífilis por gestante. Município de Ivorá, R01, 2010-2019.....	77
Tabela 5 -	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Pinhal Grande, R01, período 2010-2019.....	78
Tabela 6-	Número de testes de sífilis realizado por gestante. Município de Quevedos, R01, 2010-2019.....	80
Tabela 7-	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de São Pedro do Sul, R01, período 2010-2019.....	81
Tabela 8 -	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Toropi, R01, período 2010-2019.....	83
Tabela 9 -	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Vila Nova do Sul, R01, período 2010-2019.....	84
Tabela 10-	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Cacequi, R02, período 2010-2019.....	86
Tabela 11-	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Itacurubi, R02, período 2010-2019.....	88
Tabela 12-	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Jaguari, R02, período 2010-2019.....	89
Tabela 13-	Série histórica de casos notificados de SG e número de testes de sífilis realizados no período. Município de Nova Esperança do Sul, R02, período 2010-2019 .....	90

Tabela 14-	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Santiago, R02, período 2010-2019.....	92
Tabela 15-	Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de São Francisco de Assis, R02, período 2010-2019.....	94

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

4 <sup>a</sup> CRS	Quarta Coordenadoria Regional de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BI	Business Intelligence
CENDES	Centro de Estudios Del Desarrollo
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIES	Comissão de Interação Ensino-Serviço
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CF	Constituição Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
DAS	Departamento de Ações em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DST	Doença Sexualmente Transmissível (termo não mais utilizado)
DGMP	DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PAPS	Planificação de Atenção Primária à Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PS	Plano de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde

PPA	Plano Plurianual
PRI	Planejamento Regional Integrado
PSF	Programa Saúde da Família
R01	Região um
R02	Região dois
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SARGSUS	Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SC	Sífilis Congênita
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SG	Sífilis em gestantes
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistemas de Informações em Saúde
SISPACTO	Pactuação Interfederativa de Indicadores
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1	OBJETIVOS.....	21
<b>1.1.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>22</b>
1.2	JUSTIFICATIVA.....	22
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
2.1	A EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SUS.....	25
<b>2.1.1</b>	<b>Estruturação e Perspectivas e do Planejamento no campo da Saúde Pública na América Latina e Brasil.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Principais marcos teóricos na concepção SUS.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1.3</b>	<b>A retomada do planejamento frente a descentralização do SUS....</b>	<b>32</b>
2.1.3.1	<i>Decreto 7.508/2011.....</i>	32
2.1.3.2	<i>Portaria Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM Nº 2.135/2013).....</i>	34
<b>2.1.4</b>	<b>Principais ferramentas de apoio ao planejamento em saúde no município.....</b>	<b>36</b>
2.1.4.1	<i>Plano Municipal de saúde: instrumento norteador da gestão do SUS..</i>	36
2.1.4.2	<i>Programação Anual de Saúde.....</i>	40
2.1.4.3	<i>Relatórios de Gestão.....</i>	40
2.1.4.4	<i>Pactuação Interfederativa de Indicadores.....</i>	41
2.1.4.5	<i>Planejamento Regional Integrado - PRI</i>	41
2.1.4.6	<i>Sistemas de Informação em Saúde - SIS.....</i>	42
<b>2.1.5</b>	<b>Gestores e suas responsabilidades como determinantes da eficiência na saúde.....</b>	<b>43</b>
2.2	SÍFILIS CONGÊNITA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA....	48
<b>2.2.1</b>	<b>Documentos Norteadores relacionados à sífilis e de apoio à Gestão</b>	<b>53</b>
2.2.1.1	<i>A Planificação da Atenção Primária à Saúde: uma estratégia de qualificação da Rede Materno-Infantil no território da 4ª CRS.....</i>	60
<b>3</b>	<b>MÉTODOS DO ESTUDO.....</b>	<b>65</b>
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	65
3.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	65
3.3	CENÁRIO DA PESQUISA.....	59
3.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	67
3.5	TRATAMENTO DOS DADOS.....	67
<b>3.5.1</b>	<b>Dados quantitativos.....</b>	<b>67</b>
<b>3.5.2</b>	<b>Dados qualitativos.....</b>	<b>68</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
4.1	MUNICÍPIOS DA REGIÃO VERDES CAMPOS.....	72
4.2	MUNICÍPIOS DA REGIÃO ENTRE RIOS.....	85
<b>5</b>	<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>97</b>
5.1	SÉRIE TEMPORAL.....	97
5.2	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	100
<b>5.2.1</b>	<b>Análise dos quadros dos textos apresentados nos PMS de vigências 2014-2017 e 2018-2021 da região Verdes Campos e região Entre Rios.....</b>	<b>100</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Cuidado à gestante no Pré-natal (categoria 1).....</b>	<b>101</b>

5.2.3	Cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1).....	102
5.2.4	Cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2).....	103
5.2.5	Cuidado em relação às IST (categoria 2).....	104
5.2.6	Planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3).....	105
5.2.7	Planejamento das ações/propostas de soluções relacionadas às categorias e subcategorias específicas.....	107
5.3	PROPOSTA ÀS INSTITUIÇÕES.....	107
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
	REFERÊNCIAS.....	117
	APÊNDICE A - QUADROS DE TRANSCRIÇÕES TEXTUAIS DOS PMS, DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE VERDES CAMPOS, DAS VIGÊNCIAS 2014-2017 E 2018-2021...	127
	APÊNDICE B - QUADROS DE TRANSCRIÇÕES TEXTUAIS DOS PMS, DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE ENTRE RIOS, DAS VIGÊNCIAS 2014-2017 E 2018-2021.....	153
	APÊNDICE C - PROPOSTA DE PRODUTO - GUIA PRÁTICO DE ANÁLISE SITUACIONAL PARA ELABORAÇÃO DE PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	167

## 1 INTRODUÇÃO

No ano de 1948, a saúde é conceituada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades. Após 38 anos, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o conceito de saúde amplia-se, contemplando as “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4).

Considerada um marco para o movimento sanitário no Brasil, a 8ª CNS impulsionou a consolidação dos artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da Constituição Federal Brasileira de 1988, que integram o tripé da Seguridade Social e tornaram-se o alicerce de um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

A partir da consolidação do SUS, diversas normativas surgiram com o objetivo de regulamentá-lo, dentre as principais estão a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90. Tais leis estabeleceram uma nova referência de atenção à saúde e, com isso, novos desafios à solidificação do SUS. Muitos avanços ocorreram nesses últimos anos, como exemplo, a descentralização da gestão da saúde, onde os gestores da saúde tornaram-se corresponsáveis pela efetivação do SUS no território.

A gestão do SUS pode ser entendida como a atividade de comandar o sistema de saúde, em que o secretário da saúde exerce funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, monitoramento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2016). Nessa conjuntura, ressalta-se o planejamento em saúde, que deve ocorrer nas três esferas de governo, permitindo a definição de objetivos e a organização das ações a serem desenvolvidas.

O planejamento em saúde é um dos dispositivos utilizados para o fortalecimento do SUS, à medida que disponibiliza métodos e ferramentas para identificação dos problemas de saúde, facilitando o monitoramento, a fiscalização, o controle dos gastos e a avaliação dos resultados obtidos. Torna-se uma ferramenta de gestão fundamental para transformar uma determinada realidade em outra melhor, com base nos marcos normativos que orientam o SUS (LACERDA *et al.*, 2012; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012; SALIBA *et al.*, 2013).

Com o intuito de solidificar as diretrizes do SUS e fortalecer o processo de descentralização da saúde, além das Normas Operacionais Básicas do SUS, 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96, a portaria nº 2.023/04 passou a validar as responsabilidades dos municípios sobre a organização e execução das ações e serviços de atenção primária à saúde (APS). Neste cenário,

os secretários municipais de saúde passam a ter maiores responsabilidades, principalmente no que tange à APS, assumindo um papel fundamental quanto ao planejamento das ações e serviços no município (BRASIL, 2001, 2004).

Sabe-se que, para que as intervenções em saúde sejam de fato efetivas, é primordial conhecer os cenários locais e as carências de saúde de cada população. Oliveira (2012) defende que o conceito de necessidade de saúde é bastante complexo, pois não envolve apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos epidemiológicos, geográficos, psicológicos, econômicos e sociais do ser humano, vindo ao encontro do conceito estabelecido em 1986 pela 8ª CNS.

Lacerda *et al.* (2012) afirmam que as estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde de uma população são melhor identificadas pelos gestores locais, neste caso, os secretários municipais de saúde. Nessa conjuntura, surgem os instrumentos de gestão, ferramentas que facilitam a governança dos gestores sobre as ações e serviços de saúde, bem como qualificam o planejamento.

A partir da identificação da situação de saúde do território, do diagnóstico das necessidades de saúde da população, das diretrizes estabelecidas pelos Conselhos Municipais de saúde (CMS) e das prioridades estaduais e nacionais, os municípios elaboram, implementam e avaliam o seu ciclo do planejamento, onde estão inseridos os instrumentos obrigatórios da saúde: o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e seus Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA), além da Pactuação Interfederativa de Indicadores.

Frente ao gerenciamento, à implementação, ao monitoramento e à avaliação do SUS, e com maiores responsabilidades, o secretário municipal da saúde tem no PMS o instrumento coordenador e ordenador das ações em saúde no território. Lacerda *et al.* (2012) afirmam que o PMS também constitui um importante instrumento político para a negociação, devendo ser orientador e norteador das ações do gestor. Para que o PMS seja uma ferramenta efetiva, este deve refletir, a partir da análise situacional, as especificidades de cada município, bem como as condições de saúde da população (LACERDA *et al.*, 2012; SALIBA *et al.*, 2013; KLEBA; COMERLATTO; FROZA, 2015).

A análise situacional é etapa fundamental e primeira do PMS, uma vez que possibilita a compreensão da realidade e, assim, a definição de estratégias intervencionistas, com eficácia e resolutividade. A partir da análise situacional, é possível identificar as patologias predominantes no município. Neste cenário, pode-se afirmar que, dentre as mais preocupantes, encontra-se a sífilis, uma infecção sexualmente transmissível (IST).

A OMS afirma que o crescente número de casos, tanto no Brasil quanto em outros países, é desafiador, ainda que esta seja uma infecção de fácil diagnóstico, tratamento e cura, sendo assim, sensível ao manejo na APS (BRASIL, 2020). A sífilis representa um grande desafio para a saúde pública, devendo ser tratada como prioridade pelos gestores e, necessariamente, estar prevista no instrumento central de planejamento municipal da saúde, o PMS (MAHMUD *et al.*, 2019).

A sífilis pode apresentar-se em diferentes estágios e colocar em risco não apenas adultos, como também pode ser transmitida para o bebê durante a gestação, o que denomina-se transmissão vertical.<sup>1</sup> No Brasil, no ano de 2019, a taxa de incidência de sífilis gestacional foi de 20,8/1.000 nascidos vivos e a taxa de detecção de sífilis congênita foi de 8,2/1.000 nascidos vivos. Já a taxa de mortalidade por sífilis congênita no mesmo ano foi de 5,9 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2020). O Rio Grande do Sul (RS) apresenta-se em destaque, considerando que a taxa de incidência chegou a alcançar 13,1 casos por mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade por sífilis congênita no mesmo ano foi de 5,7 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2020).

Neste contexto, postulou-se o seguinte problema de pesquisa: como são abordadas as questões relacionadas à sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) nos planos municipais de saúde, uma vez que esta é uma necessidade de saúde a ser identificada e cuidada? Para responder esta questão, utilizou-se a SG e SC como indicador de base.

Assim, espera-se que este estudo possa colaborar para o fortalecimento do planejamento municipal em saúde, mais especificamente dos PMS, permitindo aos gestores (re) conhecer e intervir no cenário epidemiológico do seu município, traçando ações necessárias para o combate de doenças que poderiam ser evitadas, a exemplo da sífilis gestacional e sífilis congênita.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Examinar os PMS de uma Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul sob a perspectiva do indicador da sífilis gestacional e congênita.

---

<sup>1</sup> A notificação compulsória da sífilis congênita no Brasil foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 e, apenas 19 anos após, através da Portaria nº 33/2005 foi formalizada a notificação de gestantes com sífilis.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- I. Apresentar a série histórica do número de casos notificados confirmados de sífilis em gestantes e sífilis congênita no período de 2010 a 2019;
- II. Descrever as condições sociodemográficas das puérperas que conceberam crianças infectadas com sífilis congênita, quanto: à idade, à raça e à escolaridade;
- III. Verificar as condições clínicas das puérperas que conceberam crianças infectadas com sífilis congênita quanto à realização do pré-natal e ao tratamento do parceiro, bem como verificar o número de testes de sífilis no período;
- IV. Analisar como a sífilis gestacional e, conseqüentemente, a congênita é tratada nos PMS de vigências 2014-2017 e 2018-2021, seja do ponto de vista da análise de situação de saúde, seja na formulação das diretrizes, objetivos e metas;
- V. Formalizar o apoio institucional da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde no processo de construção dos Planos Municipais de Saúde.

### 1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo aborda um relevante problema de saúde pública e ganha pertinência ao apontar para o planejamento territorial do cuidado da SG e SC. A abordagem desta patologia torna-se um indicador de como o gestor municipal da saúde identifica e planeja ações referentes às necessidades de saúde da população.

O Secretário Municipal de Saúde, como gestor sanitário máximo de seu território de abrangência, deve conduzir todo o processo de planejamento e de ações e serviços de saúde, especialmente no que tange a APS, porta de entrada dos usuários do SUS e de governabilidade local. Entre os objetivos da APS estão as ações de prevenção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). No ano de 2008, a União publicou a portaria que define a Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Primária e a sífilis encontra-se dentre as patologias listadas (BRASIL, 2008).

Nesta lógica do cuidado no território e considerando que a sífilis é uma infecção sensível à APS, o secretário da saúde tem a função de traçar o perfil desse grupo, analisar suas peculiaridades e, assim, definir ações de prevenção e combate a esta infecção. Dessa forma, a situação de saúde do território deve ser identificada na análise situacional e contemplada nas

diretrizes, objetivos e metas, etapas fundamentais na construção dos PMS, ferramenta indispensável na condução das ações do gestor local.

Consoante ao exposto, a APS tem sido uma grande preocupação dos gestores, uma vez que o *locus* de atuação dessa é municipal. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) vem desenvolvendo, desde 2007, a Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), com a proposta de qualificar o desenvolvimento da APS nos territórios, por meio de mudanças na atitude dos profissionais que compõem as equipes assistenciais e nos processos de trabalho da gestão (CONASS, 2015). No ano de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Estado do RS propôs como ação prioritária o desenvolvimento da planificação da APS na região da 4ª CRS, sendo esta região piloto do Estado. Tal método contemplou aproximadamente 1.200 pessoas, entre gestores e profissionais da APS da região administrativa da 4ª CRS. A primeira temática trabalhada foi a rede materno-infantil, salientando seu destaque perante outras demandas regionais.

No ano de 2018 foi realizada uma grande pesquisa em relação à sífilis, com mais de 136 milhões de testes laboratoriais analisados. Esta pesquisa analisou a prevalência global da patologia em 154 países, onde pesquisadores da área constataram que, apesar de, nas últimas três décadas ter ocorrido uma redução significativa da prevalência da doença, ainda existem grandes diferenças regionais, sendo os países africanos os mais afligidos pela infecção, seguido da Região das Américas, incluindo o Brasil (SMOLAK *et al.*, 2018).

No ano de 2019, no Brasil, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 20,8/1.000 nascidos vivos e a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 8,2/1.000 nascidos vivos. O Estado do RS apresenta grande destaque nestes indicadores, apresentando-se entre os três piores estados do Brasil, com a taxa de detecção de sífilis em gestantes de 32,8 casos por mil nascidos vivos e a taxa de incidência de sífilis congênita de 13,1 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2020).

Colaborando com a proposta deste estudo, a partir de uma pesquisa integrativa, utilizando os descritores “sífilis” e “planejamento em saúde”, realizada em diferentes bases de dados, como Scopus e Web of Science, além do acervo da Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), buscou-se analisar a existência de pesquisas semelhantes a esta, contudo, verificou-se que não há estudos semelhantes ou anteriores que realizem a correlação entre o planejamento municipal frente aos casos de SG e/ou SC, fato que corrobora com a necessidade de mais pesquisas nesta área.

Complementarmente, a atuação da pesquisadora junto à 4ª CRS nutriu o interesse em compreender de que forma são identificados e tratados os problemas de saúde desta região

administrativa. Ainda, a motivação para o estudo partiu também da observação da pesquisadora quanto a existência de lacunas que influenciam nos processos de trabalho municipais referentes ao planejamento em saúde, tais como: desconhecimento técnico e teórico sobre a gestão do SUS, especialmente sobre os instrumentos obrigatórios da gestão; dificuldades das equipes técnicas e gestores quanto ao manejo dos sistemas de informação em saúde; alta rotatividade, tanto de gestores quanto de técnicos da SMS que atuam diretamente com o planejamento; baixa participação e atuação dos conselhos de saúde e a terceirização dos instrumentos obrigatórios de gestão.

A partir deste cenário, a relevância do estudo dessa infecção é incontestável, uma vez que a sífilis é sensível à APS, com tratamento relativamente de baixo custo e totalmente curável (ANDRADE *et al.*, 2018; AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). A sífilis deve ser alvo de identificação e de planejamento nas três esferas de governo e necessariamente estar contemplada nos PMS, alcançando assim, um processo qualificado e eficaz de planejamento com base nas reais necessidades de saúde de cada município.

Consoante ao exposto, o presente estudo justifica-se pela necessidade de reflexão acerca do processo de planejamento municipal frente às diferentes demandas apresentadas em cada território. No mesmo sentido, está fundamentado na integração do processo de trabalho da pesquisadora, bem como vem ao encontro da finalidade do mestrado profissional de Gestão de Organizações Públicas, visto que o produto resultante desta pesquisa terá aplicabilidade prática, com foco na melhoria do serviço público, transformando, assim, a realidade do planejamento regional na 4ªCRS.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Este capítulo aborda o referencial teórico-conceitual do estudo, o qual é norteado por dois grandes tópicos: o primeiro diz respeito à evolução do processo de planejamento e descentralização da saúde, bem como a organização do SUS; o segundo refere-se a uma exposição teórica sobre a sífilis gestacional e congênita, cujos indicadores foram utilizados como parâmetros avaliativos dos planos municipais de saúde.

### **2.1 A EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SUS**

#### **2.1.1 Estruturação e Perspectivas e o Planejamento no campo da Saúde Pública na América Latina e Brasil**

O planejamento é utilizado nas organizações como um processo racional de intervenção na realidade atual com vistas a atingir uma situação desejada (PINTO, 1982). Giovanella (1991) afirma que o conceito mais simples de planejamento é o de não-improvisação, ou melhor, uma ação planejada é uma ação não improvisada. Do mesmo modo, Mintzberb (1994) nos faz compreender que o planejamento é um processo integrado de decisões, objetivando um resultado por meio de uma análise racional. Assim, também para Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), o planejamento é interpretado como a técnica, através de conhecimentos, de preparar um plano com o intuito de alcançar os objetivos e metas previamente traçadas. Na visão de Heldman (2005), o planejamento é o processo de formular ou revisar metas, além de traçar como serão atingidos os objetivos de uma determinada organização. Similarmente, para os autores Jesus e Assis (2011), quem planeja possui conhecimentos teóricos e práticos capazes de gerenciar meios de mudança, tornando viável o alcance das metas traçadas.

Pode-se afirmar, conforme Feliciello (2021), que o método CENDES / OPAS, o “Pensamento Estratégico” proposto por Mario Testa, bem como a proposta de planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, são consideradas as bases teóricas do planejamento em saúde na América Latina.

A concepção do planejamento em saúde é influenciada pela teoria desenvolvimentista da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL). O método CENDES-OPAS de programação em saúde, desenvolvido na década de 60 pelo Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) da Universidade Central de Venezuela, é considerado o expoente máximo do

planejamento normativo e uma das estratégias mais antigas do planejamento em saúde (BRASIL, 2016; MONT'ALVERNE SILVA, 2013; JESUS; ASSIS, 2011).

O método CENDES pretendia reconhecer onde aplicar os recursos para obtenção dos melhores resultados, norteando, assim, o decurso decisório na saúde (MONT'ALVERNE SILVA, 2013). Contudo, apesar do método ser balizado pelo princípio da economicidade, este buscava novos paradigmas do processo saúde-doença, objetivando um diagnóstico com diferentes variáveis, ou seja, já considerava alguns determinantes da saúde utilizados atualmente, tais como: ambiente e condições financeiras e sociais do indivíduo.

No contexto brasileiro, na segunda metade dos anos 70 surge a primeira crise na saúde pública (PAIM, 2007). Conjuntura que, no âmbito do planejamento, favoreceu a elaboração de uma soma de propostas de reforma do setor, como exemplo, o PREV-SAÚDE (não implantado) e, posteriormente, as Ações Integradas de Saúde (AIS), efetivadas com o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), já no cenário da transição democrática do Governo de José Sarney.

Teixeira (2010) considera que o movimento da reforma sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a garantia do direito à saúde prevista na CF de 1988 e as Leis orgânicas do SUS, foram fundamentais para o progresso do planejamento em saúde, tanto na formulação de políticas, planos e projetos quanto na propagação de métodos, técnicas e ações e serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade organizacional.

A Seção II, Art. 196 da CF de 1988, parte de um diagnóstico situacional para a identificação de fatores causais dos problemas de saúde, garantindo acesso universal da saúde mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos. O Capítulo III da lei orgânica da saúde, a lei 8.080/90, é dedicado exclusivamente ao planejamento e orçamento. No Art. 36, a lei traz que, ambos os processos, planejamento e orçamento do SUS serão ascendentes, coincidindo com as demandas da política de saúde e com a disponibilidade de recursos previstos nos planos de saúde dos entes federados (BRASIL, 1988).

Feliciello (2021) afirma que, apesar das limitações do método CENDES, que não considerava outros aspectos além dos danos à saúde, tal método foi o primeiro passo para que fosse pensado o modelo estratégico situacional no SUS. O reconhecimento do processo de planejamento como estratégico à gestão do SUS ainda vem ganhando força nos últimos anos, considerando os esforços implementados na formulação dos instrumentos de planejamento, que, cada vez mais, orientam os avanços do sistema (BRASIL, 2013c).

Contudo, apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que, ainda há grandes desafios para a efetiva institucionalização do planejamento na cultura organizacional dos três entes, muitas vezes, conforme Teixeira (2010, p. 11), “marcados pelo patrimonialismo, clientelismo e amadorismo gerencial”, a prática do planejamento em saúde no SUS vem sendo experimentada e aperfeiçoada.

Outrossim, já em outro período do processo de evolução do planejamento, surge Mario Testa, outro grande pensador que contribuiu para a evolução do planejamento neste contexto. Este, participou, acompanhou e avaliou, conforme Feliciello (2021), todo o processo da elaboração das propostas da CENDES/OPAS, inclusive suas limitações. Visto isso, opunha-se ao termo “planejamento” e sustentava o termo “pensamento estratégico”.

Mario Testa defendia que o planejamento pode ser estratégico, contudo, apenas se considerar todas as reações e desempenho dos atores envolvidos no processo, ou seja, além do comportamento dos atores e relações de poder, devem ser consideradas a análise situacional e sua viabilidade em cada cenário (GIOVANELLA, 1990; FELICIELLO, 2021). Pode-se afirmar que, Mário Testa era um grande defensor do poder pela comunidade, ao passo que preocupava-se, dentro do processo de planejamento, implementar uma mudança cultural através de modos populares, recíprocos e com a colaboração de todos os atores envolvidos (FELICIELLO, 2021).

Na década de 70, Carlos Matus ganha destaque como terceira base teórica para o planejamento da saúde. Matus surge com uma nova proposta: o planejamento estratégico situacional (PES). O PES surge em contraponto ao planejamento normativo, apresentando métodos mais maleáveis e adequados à realidade almejada, neste caso, a saúde pública do Brasil (MATUS, 1993, 1996, 2005).

Em concordância, Huertas (1996) avalia o planejamento estratégico situacional como uma ferramenta de governo, que permite situar, dentro da própria realidade, quem vai receber os efeitos do planejamento. O autor ainda afirma que o PES é uma metodologia exclusiva ao setor público, e defende que o método seja mais explorado e difundido na saúde pública brasileira.

O método PES considera que, “o que diferencia a resposta frente a um problema é a visão de cada planejador, além da forma com que este percebe o processo de planejamento dentro do governo a que pertence” (MATUS, 1996) p. 22). Desta forma, quanto mais conhecimento da realidade local, maior capacidade terá o secretário de saúde e suas equipes de planejar.

Considerando o PMS como ferramenta fundamental no que tange à solidificação do SUS no território, realizar um bom diagnóstico situacional torna-se primordial para que os

secretários de saúde consigam efetivamente responder às demandas de saúde daquele local. O PMS é uma ferramenta de gestão fundamental para o cumprimento das diretrizes operacionais que orientam o SUS e que compõem parte do seu arcabouço legal (GIOVANELLA, 1991; PAIM, 2009; LACERDA *et al.*, 2012; MONT`ALVERNE SILVA, 2013; PINAFO *et al.*, 2016; PEREIRA; TOMASI, 2016).

### 2.1.2 Principais marcos teóricos na concepção SUS

No Brasil, a conquista do direito à saúde iniciou-se com o movimento da Reforma Sanitária. Iniciada na década de 1970, durante o regime da Ditadura Militar, tornou-se um referencial na história do SUS. As reivindicações não envolviam apenas o sistema de saúde, mas a melhoria das condições de vida da população. Foi através desse movimento social, que ganhou relevância na 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, onde o direito à saúde tornou-se mais forte no País. Na ocasião, foram elaboradas as bases para os artigos 196 ao 200 da CF de 1988, posteriormente refletindo na criação do nosso SUS (KOCOUREK; OLIVEIRA; MELLO, 2018).

Embora constituído em 1988, o SUS foi regulamentado apenas dois anos após, em 1990, quando foram criadas as principais Leis Orgânicas da Saúde, a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

Como principais instrumentos para regulamentar as relações entre os três entes federados (união, estados e municípios) não previstas nas leis orgânicas, são editadas nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996, as Normas Operacionais Básicas, conforme quadro a seguir.

#### Quadro 1 – Normas Operacionais Básicas

<b>NOB 01/91</b>
A primeira Norma Operacional Básica (NOB) a ser criada foi a NOB SUS 01/91, editada pela Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991 (BRASIL, 1991). Essa NOB reproduz em seu texto muitos dos elementos que compõem as Leis Orgânicas da Saúde, uma vez que elas constituem as bases de implantação e operacionalização do SUS, mas o enfoque desta norma está basicamente direcionado à normalização de mecanismos de financiamento do SUS, ou seja, repasse, monitoramento, controle e avaliação dos recursos financeiros, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para os municípios e/ou estados, mecanismos estes considerados fator de incentivo ao processo de descentralização da saúde.

<b>NOB 01/92</b>
<p>No ano seguinte, foi criada a NOB SUS 01/92, sancionada pela portaria Nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Esta deu prosseguimento às definições da NOB 01/91, ou seja, teve como objetivo normatizar a assistência à saúde no SUS, além de estimular a implantação, o desenvolvimento do sistema e dar forma concreta a instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde (BRASIL, 1992; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).</p>
<b>NOB 01/93</b>
<p>No ano de 1993 é legalizada a NOB 01/93, através da portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993, esta estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Algumas características diferenciam essa NOB de suas antecessoras, pois é a primeira a ser editada pelo próprio Ministro da Saúde e vem com o propósito de regulamentar não apenas o financiamento, mas o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS.</p> <p>A NOB 01/93 também institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, criando, dessa forma, um sistema decisório, compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, além de impulsionar a municipalização mediante as habilitações em gestão incipiente, parcial e simplificada, que buscam exatamente contemplar os diferentes estágios em que se encontram estados e municípios, em relação à descentralização (BRASIL, 1993). A grande diferença da NOB 01/93 está no fato de permitir maior autonomia, aos estados e municípios sobre o pagamento dos prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, o que torna possível aos entes a utilização desses recursos de forma mais adequada às realidades e necessidade de distintos estados e municípios (BRASIL, 2013a).</p>
<b>NOB 01/96</b>
<p>E, por fim, no ano de 1996 é publicada a NOB-SUS 01/96, porém, esta teve sua efetiva implantação no ano de 1998. Esta NOB veio com o propósito de redefinir o modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da municipalização, ou seja, a descentralização das ações e serviços de saúde ocorre por intermédio do chamado processo de municipalização. É a NOB mais ampla e complexa e estabelece a municipalização como estratégia de funcionamento do SUS.</p> <p>A NOB-SUS 01/96 revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB 91, 92 e 93 e propõe aos municípios que se enquadrem em dois novos modelos de gestão: a Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1996). Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), para cada uma dessas condições de gestão foram previstas modalidades de repasse de recursos federais, dando ênfase ao custeio da assistência hospitalar e ambulatorial e as ações de vigilância para o controle de doenças.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Estas normas vêm para estabelecer divisões de responsabilidades, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também a transferência de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios, além de ser um primeiro passo no processo de descentralização do SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

No ano 2000, o processo de financiamento do SUS consolidou-se ainda mais com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Esta vem para reduzir a instabilidade do financiamento do SUS e altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, acrescentando ainda, um artigo com intuito de assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2000a). Desde então, o SUS é financiado de forma tripartite, e conta com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo os gestores da saúde

responsáveis pela administração dos recursos, sua implantação e qualidade na execução dos mesmos.

Com a implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96, o Ministério da Saúde pretendia desencadear o processo de descentralização da saúde, incumbindo, principalmente, aos municípios maiores responsabilidades e recursos para a instrumentalização do SUS, que antes eram de responsabilidade da União.

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização, o Ministério da Saúde aprova, pela portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 1/2001) que ampliou a responsabilidade dos municípios no que tange à APS, definindo o processo de descentralização da assistência e criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Visando oferecer alternativas necessárias à superação de algumas dificuldades e impasses oriundos da implementação da NOAS-SUS 01/01, o Ministério da Saúde a reedita através da NOAS-SUS 01/2002, pela portaria nº 373, de 27/2/2002. Esta inclui definições da regulamentação complementar relacionadas aos temas que foram definidos, que, na versão anterior, encontravam-se descritos em documentos normativos específicos (BRASIL, 2002).

A NOAS/SUS 01/02 institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência no âmbito dos estados e no Distrito Federal. Estes deverão organizar seus territórios em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-polo e dos demais municípios abrangidos (OLIVEIRA, 2017, p. 145).

Conforme Noronha, Lima e Machado (2012), a NOAS-SUS 01/02 estabelece uma série de conceitos, estratégias e instrumentos, visando o processo de descentralização, que são utilizados até os dias de hoje. Em 2004, com intuito de corroborar com as Normas anteriores, é sancionada a portaria nº 2.023, de 23 de setembro de 2004, onde define-se que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de APS (BRASIL, 2004).

Somando aos princípios doutrinário e organizativos do SUS, a Gestão Plena da Atenção Básica foi criada, através da NOB 01/96 com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade das ações e serviços da Atenção Primária, aumentando o comprometimento e a responsabilidade dos municípios com esse campo. É um modelo preconizado pelo SUS como forma de descentralizar as ações, ou seja, o município passa a ter ferramentas para estabelecer um

controle maior sobre sua política de saúde, podendo assim, analisar as demandas de saúde da população e seus condicionantes, podendo monitorar e avaliar melhor a sua gestão.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde aprova, pela portaria nº 648, de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, onde estabelece a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Primária, para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários (PACS), e define recursos orçamentários para a realização das ações para os municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2006b). Essa portaria visa apoiar ainda mais o gestor local quanto ao planejamento mais adequado e condizente com a realidade de saúde da população adscrita.

Ainda, neste mesmo ano, através da portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi sancionado o Pacto pela Saúde, onde redefine-se a responsabilização pública de cada esfera de governo com base nos princípios do SUS. O pacto vem com o objetivo de solucionar as dificuldades do sistema.

O Pacto pela Saúde compreende um conjunto de compromissos estabelecidos entre os gestores da saúde nas três esferas de governo, com o objetivo de fortalecimento do SUS. A proposta do Pacto foi construída durante três anos, por meio de muita negociação entre os representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems no âmbito nacional e publicada em fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde apresenta três dimensões: o Pacto pela Vida, que trata do compromisso entre os entes federados em torno de um conjunto de prioridades sanitárias, com intuito de melhorar a situação de saúde da população; o Pacto em Defesa do SUS, que propõe estratégias de mobilização e de fortalecimento dos instrumentos de participação e controle social; e o Pacto de Gestão, que estabelece responsabilidades claras de cada ente, promovendo assim, o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS (KOCOUREK; OLIVEIRA; MELLO, 2018).

É importante salientar que, a portaria nº 399/06 apenas foi revogada no ano de 2017, através da portaria nº 2.501, de 29 de setembro de 2017, 11 anos após sua publicação. Contudo, em julho de 2012, através da portaria nº 1.580/2012, já afastava-se a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS (BRASIL, 2012c, 2017b).

Ainda no ano de 2006, durante a formulação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007, houve a necessidade de organização de um sistema de planejamento do SUS, surgindo então, o PlanejaSUS. Este vem com o objetivo de dar capilaridade ao planejamento no SUS, apresentando em suas publicações informações sobre os marcos normativos do SUS, assim

como as orientações básicas para a sua organização e funcionamento, decorrentes das pactuações estabelecidas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2009).

Nos anos subsequentes, o PlanejaSUS publicou alguns títulos e, no ano de 2009, foi lançada a última coletânea das seis publicações do Planejasus, são elas: Sistema de Planejamento do SUS: Organização e Funcionamento; Sistema de Planejamento do SUS: Instrumentos Básicos; Sistema de Planejamento do SUS: Estudo sobre arcabouço legislativo do planejamento em saúde; Sistema de Planejamento do SUS: Avaliação do Plano Nacional de Saúde: 2004-2007: um pacto pela saúde no Brasil; Sistema de Planejamento do SUS: Orientações gerais para a elaboração de Instrumentos Básicos de Planejamento – Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão – Estrutura e conteúdo; Sistema de Planejamento do SUS: Perfil da Atividade de Planejamento no SUS Resultado da Pesquisa – Esfera municipal, findando assim, o chamado PlanejaSUS.

### **2.1.3 A retomada do planejamento frente a descentralização do SUS**

O processo de planejamento no SUS foi retomado no ano de 2011, quando foi sancionado o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Este, após 29 anos, vem regulamentar a Lei Orgânica nº 8.080/1990. Após o decreto, para corroborar com o tema, é publicada a portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, também importante ferramenta de apoio para o delineamento em saúde que, de forma mais minuciosa, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Ambos discutidos a seguir.

#### *2.1.3.1 Decreto 7.508/2011*

O Decreto Nº 7.508 torna-se um dos marcos normativos na história do SUS, visto que, após anos da promulgação da Lei Nº 8.080/1990, ou seja, da criação do SUS, ele vem para regulamentá-lo, determinando conceitos e critérios para o planejamento no sistema público de saúde, dando ainda mais ênfase a obrigatoriedade do mesmo. O Decreto Nº 7.508/2011 cria as Regiões de Saúde, reiterando a regionalização como princípio do SUS, estabelece as portas de entrada do SUS, bem como define quais são os serviços de saúde que estão disponíveis no SUS para o atendimento integral dos usuários, através da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) (BRASIL, 2011).

O Decreto 7.508, exige ainda, dos entes federados, a incorporação de novas estruturas organizativas do sistema, como por exemplo, o Contrato Organizativo da Ação Pública da

Saúde (COAP). O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população (BRASIL, 2011). Por conseguinte, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde constitui-se como um tratado a ser assinado concomitantemente pelo chefe do poder executivo e seu respectivo secretários da saúde, entretanto, após mais de oito anos da publicação do Decreto 7.508/11, apenas os estados do Ceará e Mato Grosso do Sul assinaram o COAP.

Amorim (2016) afirma que, embora todo o esforço do MS para implementar o COAP, após anos de vigência do decreto, observou-se que as forças foram insuficientes para conseguir convencer os estados e Municípios a assinarem os contratos vinculados às suas respectivas regiões de saúde, haja vista a não obrigatoriedade de adesão, punição ou restrição aos entes que não aderirem ao Contrato.

Os demais Estados e municípios, segundo os autores Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017, p. 1193), “apesar de não terem assinado o contrato, mantiveram um diálogo minimamente produtivo com a agenda nacional de implementação de COAP, exibindo padrões muito diferenciados de evolução”. É através da resolução nº 3, de 30/2012 que as normas gerais e fluxos do Contrato estão dispostas. Porém, sete anos depois, através da resolução nº 44/2019, o COAP é substituído pelo Planejamento Regional Integrado (PRI), onde o acordo de colaboração entre os entes federados passará a ser através do PRI (BRASIL, 2019c).

Ainda no ano de 2012, através da resolução nº 04/2012, o Ministério da Saúde dispõe sobre a transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP, trazendo também, pela primeira vez, a pactuação interfederativa de indicadores. No fluxo deste documento, basicamente as SES formalizarão as diretrizes, objetivos e metas pactuados, cabendo às Comissões Intergestores acompanhar o processo de pactuação estadual e municipal (BRASIL, 2012c).

Em junho de 2013, é divulgada a resolução nº 05/2013, que dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS e a implementação do COAP. Esta resolução trata que o processo de planejamento deve estar expresso harmonicamente nos diferentes documentos adotados pelos gestores de saúde, servindo como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados nas três esferas de governo, ou seja, necessitam estar intrinsecamente relacionadas aos instrumentos obrigatórios da saúde (Plano de Saúde, Programação de Saúde e Relatório de Gestão) (BRASIL, 2013a). Ainda conforme a resolução, os entes federados que não assinarem o COAP farão o registro, a cada ano, da

pactuação das Diretrizes, Objetivos e Metas no sistema informatizado do Ministério da Saúde denominado SISPACTO.

A descentralização do SUS, para Macedo *et al.* (2017), traduz-se como um plano para reduzir os determinantes negativos de saúde de uma população, buscando a garantia de ofertas de serviços, melhor acesso, maior eficiência, redução de custos, entre outros. Ou seja, o processo de planejamento deve ser pensado a partir das peculiaridades de saúde de uma determinada região e população. Esta forma de delineamento certamente contrapõe-se ao planejamento tradicional, normativo, iniciado pelo modelo CENDES.

Além do decreto nº 7.508/11, existe outra importante ferramenta de apoio no campo do planejamento da saúde, a portaria nº 2.135/13, que define, de forma mais clara, as diretrizes atuais da organização do SUS, tomando como base o decreto nº 7.508/11.

### 2.1.3.2 Portaria Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM Nº 2.135/2013)<sup>2</sup>

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, no ano de 2013 é aprovada a portaria nº 2.135, revogada pela portaria de consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, onde são definidas as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, estabelecendo, de maneira mais objetiva, os instrumentos de planejamento obrigatórios da saúde (BRASIL, 2013b, 2017).

Conforme a portaria supracitada, as ferramentas para o planejamento no âmbito do SUS são: o plano de saúde, as programações anuais de saúde e os relatórios de gestão. O plano de saúde é o instrumento central de coordenação e base do planejamento no SUS e deve expressar, a partir da análise situacional, os compromissos da gestão com as necessidades de saúde da população. É apenas a partir da análise situacional, ou seja, de um qualificado diagnóstico, que o gestor será capaz de (re) conhecer as singularidades do seu território, assim como planejar as diretrizes de enfrentamento das demandas de saúde em seu plano de saúde.

Considerando que o *locus* de atuação da atenção primária é municipal e, conforme a legislação supracitada, é imprescindível que o gestor da saúde assuma seu papel de autoridade sanitária máxima no território, garantindo assim, a consolidação da política de saúde em seu município e seguindo as diretrizes constitucionais e legais do SUS (SALIBA *et al.*, 2013).

---

<sup>2</sup> A Portaria Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017 compreende portarias relativas aos direitos e deveres dos usuários da saúde, organização e funcionamento do SUS.

No quadro a seguir (Quadro 2), estão contempladas as sete diretrizes da portaria, assim como seus pressupostos. Estas diretrizes, afirmam Barros e Almeida (2017), deram lugar aos sete princípios do planejamento em saúde. Aqui, enfatiza-se que os princípios do SUS são horizontais e não hierárquicos.

Quadro 2 - Princípios e pressupostos do Planejamento no SUS

<b>Princípios</b>	<b>Pressupostos</b>
I - o planejamento é de responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.	Obrigatoriamente os entes devem realizar atividades de planejamento. Conforme Manual de Planejamento do SUS, a elaboração dos instrumentos desta portaria são condicionantes para o recebimento de transferências de recursos financeiros.
II - o planejamento deve respeitar os resultados pactuados entre as comissões intergestores, regional, estadual e nacional.	As instâncias de pactuação (CIT, CIB e CIR) são espaços de governança primordiais que possibilitam a discussão e pactuação em forma de consensos sobre a gestão pública da saúde.
III - o planejamento, deve integrar o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS.	O monitoramento e avaliação devem ser processos contínuos fortalecendo, assim, a qualificação e aperfeiçoamento de cada esfera de gestão.
IV - o planejamento é ascendente e integrado, do nível local até o federal, considerando o diagnóstico situacional para a elaboração dos instrumentos de gestão.	O planejamento ascendente expressa a responsabilidade de cada ente no que tange a saúde no seu território sanitário, considerando suas singularidades e necessidades regionais de saúde.
V - uniformidade entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde, Programação anual e Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual).	Os instrumentos da saúde devem orientar, no âmbito da saúde, a elaboração dos instrumentos de governo, havendo uma sincronia das políticas de saúde e as demais políticas de governo.
VI - importância da transparência e visibilidade da gestão da saúde, por meio da participação da comunidade.	Os gestores devem propiciar ampla divulgação às prestações de contas da saúde. O acesso deve ser público e transparente.
VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde.	Somente a partir do conhecimento das reais necessidades da população, através do diagnóstico situacional é que o gestor poderá planejar a saúde daquela população.

Fonte: Elaborado pela autora com base no Manual de Planejamento no SUS, 2016.

Conforme exposto, os principais instrumentos para o planejamento no SUS são o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão. Todos são documentos que, obrigatoriamente, se interligam sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento, ou seja, o PMS de saúde norteia a elaboração da programação anual de saúde e

ambos são monitorados pelo Relatório de Gestão (BRASIL, 2017; BARROS; ALMEIDA, 2017). Tais documentos serão discutidos detalhadamente a seguir.

#### **2.1.4 Principais ferramentas de apoio ao planejamento em saúde no município**

O gestor municipal da saúde tem a sua disposição e perante sua responsabilidade, diferentes ferramentas de planejamento, são eles: PMS, PAS, RDQA e RAG. Estes são dispositivos que têm a finalidade de apoiar o secretário da saúde durante os quatro anos de sua gestão.

##### *2.1.4.1 Plano Municipal de saúde: instrumento norteador da gestão do SUS*

O PMS e sua obrigatoriedade estão previstos nos principais dispositivos legais que guiam o processo de planejamento e descentralização do SUS (BRASIL, 1990). Constituído como um documento preciso e legítimo é também norteador e a base das decisões do gestor no que tange ao enfrentamento dos problemas de saúde do território de abrangência (SALIBA *et al.*, 2013).

Considerado uma ferramenta de gestão, o PMS é elaborado para o quadriênio, sendo válido do segundo ano do atual governo ao primeiro ano do próximo governo, podendo ser ajustado quando necessário, ou seja, sempre que houver recomendações ou redirecionamentos necessários à revisão dos mesmos, apontados pelos relatórios de gestão e/ou outros eventos<sup>3</sup>. Também é um documento de intenções políticas, de diagnósticos, de estratégias e de metas. (BRASIL, 2002, 2017; BARROS; ALMEIDA, 2017).

Para Teixeira, Vilasbôas e Abreu de Jesus (2010) o PMS destaca-se como um documento que:

[...] resulta de um processo que contempla a realização da análise da situação de saúde da população e do sistema de saúde, seguido dos objetivos correspondentes a cada problema identificado e priorizado e dos módulos operacionais a estes vinculados para serem desenvolvidos pelos órgãos responsáveis em cada uma das instituições gestoras – MS, SES e SMS (TEIXEIRA; VILASBÔAS; ABREU DE JESUS, 2010, p.51).

Saliba *et al.* (2013) corroboram com o conceito e afirmam que o PMS é um instrumento formal, flexível e dinâmico, podendo ser ajustado e consultado por qualquer cidadão.

---

<sup>3</sup> Outros eventos, a exemplo da pandemia da covid-19, alterações nas pactuações regionais ou ajustes em função de políticas nacionais e estaduais.

Construído a partir das deliberações da última conferência de saúde, o PMS denota mais que uma exigência legal, ele expressa as demandas da população, bem como a responsabilidade do secretário da saúde quanto às necessidades de saúde da população (TEIXEIRA, 2010).

O roteiro de elaboração do plano aqui analisado corresponde ao proposto pela portaria de consolidação nº 01/2017 e implica na estrutura apresentada em três grandes capítulos: I - Análise Situacional; II - Diretrizes, objetivos e metas; e III - Monitoramento e Avaliação. O primeiro descreve a análise situacional, que é orientada pelas necessidades de saúde da população, bem como indicadores demográficos, socioeconômicos de educação e epidemiológicos, além do perfil de morbimortalidade da população e a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade social. Do mesmo modo deverá considerar, além do mapa da saúde, a estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde e a ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão (BRASIL, 2016, 2017; PINTO, 2008; SALIBA *et al.*, 2009; PAIM, 2018).

Acredita-se que, durante a elaboração do PMS, uma das mais importantes etapas é a do diagnóstico situacional, sendo este, capaz de fundamentar a análise da realidade local, permitindo a definição dos problemas e suas causas. Essa análise possibilita a elaboração de um instrumento coerente e coeso à realidade do território e das peculiaridades de saúde da população.

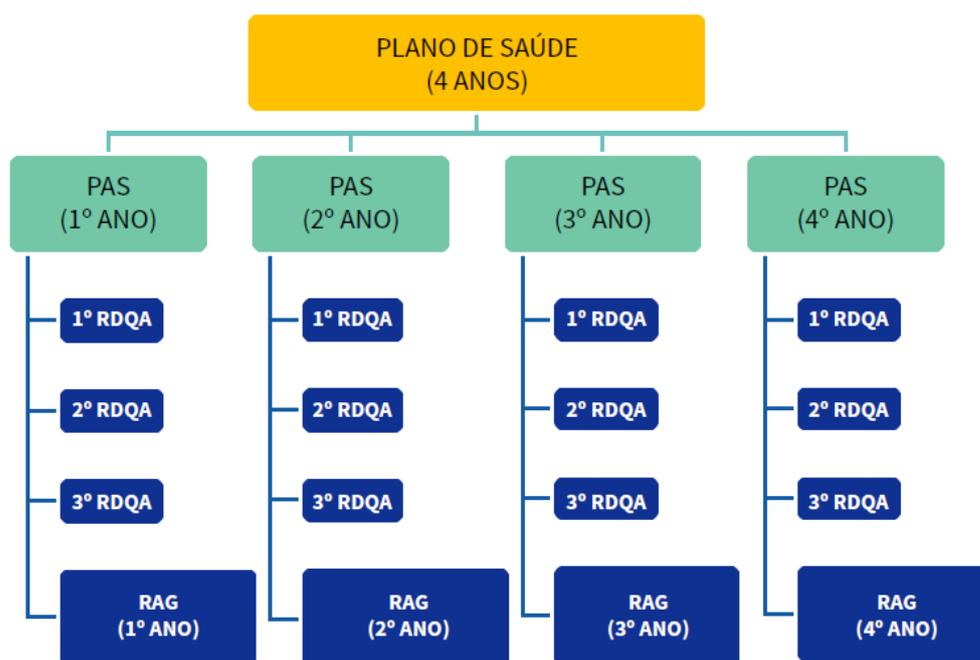
Uma vez identificados, descritos, priorizados e analisados os problemas, deve-se tratar de estabelecer as formas de combatê-los. Igualmente ao primeiro capítulo, no roteiro orientado, as diretrizes, objetivos e metas só poderão ser definidos a partir de um adequado e qualificado diagnóstico da realidade local, com a participação da sociedade e com as diretrizes definidas pelas conferências de saúde. Somente após a elaboração dos capítulos supracitados, decorre o capítulo de monitoramento e avaliação, onde são descritas as formas de acompanhamento do planejamento, traçado para os quatro anos de gestão (BRASIL, 2016, 2017, 2019; PAIM, 2018). No final de todo esse processo, o PMS deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde e disponibilizado em meio eletrônico no sistema de informação vigente, completando assim, seu ciclo de aprovação (BRASIL, 2017, 2019).

O PMS é o mais importante documento da gestão, decorrendo dele a Programação Anual de Saúde (PAS), instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. A PAS tem por objetivo anualizar as metas do mesmo, prevendo a alocação de recursos orçamentário a serem executados e do Relatório de Gestão, ferramenta que permite ao gestor

apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Todos esses instrumentos devem interligar-se sequencialmente, compondo um processo cíclico e conciso, ultrapassando gestões e favorecendo a operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS, melhor compreendido na figura a seguir.

Figura 1 - Instrumentos de Planejamento da Saúde e suas ligações



Fonte: DigiSUS gestor (2019).

A figura acima mostra o processo de planejamento da saúde para os quatro anos de gestão. A base de todo o processo é o PMS, construído no primeiro ano de gestão e válido do segundo ano do atual governo ao primeiro ano do próximo governo. Cada ano do PMS gerará uma PAS e seus respectivos Relatórios de Gestão. Importante ressaltar que, tanto o PMS quanto a PAS são base para os demais documentos de gestão da saúde, mas também subsidiam os instrumentos de governo, principalmente no que tange ao orçamento municipal.

Na figura a seguir, poderá ser observado os compromissos e prazos estabelecidos para o primeiro ano de gestão de um governo, além da ligação entre os instrumentos de governo e de gestão do SUS.

Figura 2 - Relação entre os instrumentos obrigatórios de gestão do governo e gestão da saúde



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Pode-se observar que o PMS deve nortear o orçamento do governo no tocante à saúde, isto significa que, sua elaboração segue os prazos definidos pelo Plano Plurianual (PPA) e, por conseguinte, da Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), a que estão obrigados os governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2002, 2011, 2017).

O processo de planejamento em saúde inicia-se com as demandas da última conferência de saúde, realizada a cada quatro anos e com a representação de diferentes segmentos sociais. A partir das diretrizes da conferência, bem como da identificação das necessidades de saúde do território, o PMS é elaborado. Salienta-se que, não apenas o PMS deve observar os prazos do PPA, mas também a PAS deve ser construída antes da data de encaminhamento da LDO a casa legislativa (BRASIL, 2002, 2017).

Os documentos de monitoramento e avaliação do PMS e da PAS são os relatórios de gestão (anual e trimestrais). Os RDQA monitoram e acompanham a execução da PAS a

cada quadrimestre e o RAG apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, além de orientar eventuais redirecionamentos no PMS (BRASIL, 2002, 2011, 2017; BARROS; ALMEIDA, 2017; PAIM, 2018).

#### *2.1.4.2 Programação Anual de Saúde*

Com objetivo de anualizar e operacionalizar as metas do PMS, a PAS surge como um dispositivo potente. A cada ano do plano, a PAS prevê a definição das ações necessárias para o alcance dos objetivos do PMS, assim como a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários para execução deste instrumento (BRASIL, 2016, 2017; BARROS; ALMEIDA, 2017).

A Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013) nos traz que, no processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde devem elaborá-la e enviá-la para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente, norteando assim, o planejamento orçamentário do município (BRASIL, 2017c).

#### *2.1.4.3 Relatórios de Gestão*

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento de comprovação anual dos resultados alcançados com a execução da PAS, além de orientar o gestor da saúde na realização de eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no PMS e, conseqüentemente, na PAS. Deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do sistema vigente.

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) é um instrumento quadrimestral de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, ou seja, pela Lei Complementar nº 141/2012 até 30 dias após o encerramento do semestre (BRASIL, 2012a, 2017, 2019). Ambas ferramentas, RAG e RDQA, auxiliam na qualificação do processo de monitoramento e avaliação dos PMS e PAS.

#### *2.1.4.4. Pactuação Interfederativa de Indicadores*

Como mais uma ferramenta para auxiliar no planejamento da saúde e objetivando orientar o processo de avaliação e monitoramento da APS, o MS formulou a proposta de desenvolvimento de pactos de gestão entre as Secretaria Estadual, Secretaria Municipal e o Ministério da Saúde. O Pacto de Indicadores, idealizado como um dispositivo nacional de monitoramento das ações e serviços, foi instituído pela portaria nº 3.925/1998, que aprovou o “Manual para Organização da Atenção Básica”, e a portaria nº 476/1999, que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica (CONASS, 2003).

Com o intuito de corroborar com as normativas supracitadas, em 2012 é publicada a resolução nº 04/2012. Esta dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP. Anos depois, a resolução CIT nº 08/2016 traz a Pactuação Interfederativa de Indicadores como um dos instrumentos de apoio à gestão da saúde (BRASIL, 2012b).

Cada ente federado é responsável pelo monitoramento e avaliação das respectivas metas pactuadas, assim, os resultados nutrem e direcionam o planejamento em saúde. A pactuação no âmbito municipal inicia-se em reunião da Comissão Intergestores Regional onde devem ser discutidos e pactuados os indicadores regionais. Cada município deve discutir e pactuar as metas municipais e estas devem ser submetidas ao respectivo CMS para aprovação e após deve ser formalizada no sistema de informação vigente. A definição de metas para os indicadores deverá ser concluída até final de março de cada ano. Posteriormente, a SES fará a homologação, completando assim, o processo de pactuação anual (BRASIL, 2016).

#### *2.1.4.5 Planejamento Regional Integrado - PRI*

Com o intuito de maior aperfeiçoamento no processo de planejamento em saúde e visando dar maior concretude aos princípios do SUS, surge o Planejamento Regional Integrado (PRI). Conforme a resolução nº 37/2018, o processo de Planejamento Regional Integrado,

expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados (BRASIL, 2018a).

Esse processo só é possível após a identificação do espaço regional, da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada de cada região de saúde. Também serão diagnosticados os vazios assistenciais e eventuais sobreposições de serviços, orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares (BRASIL, 2018a). No Estado do RS, as etapas deste processo, juntamente com o cronograma de execução e a definição das macrorregiões de saúde, foram pactuados pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) através da resolução CIB/RS nº 188/2018 (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

A partir da resolução nº 44/2019, o PRI sucede o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), fazendo com que o acordo de colaboração entre os entes federados seja expresso através do Planejamento Regional Integrado e seu respectivo Plano Regional (BRASIL, 2019d).

Assim, tanto o PRI quanto os demais instrumentos supracitados fazem parte do rol de potentes ferramentas de apoio ao gestor quanto às tomadas de decisões referentes às demandas da saúde da população, fundamentais para a consolidação do sistema público de saúde brasileiro.

#### *2.1.4.6 Sistemas de Informação em Saúde - SIS*

Além dos documentos de gestão obrigatórios de planejamento mencionados anteriormente, o gestor também conta com o suporte dos sistemas de informação (SIS). Os SIS são importantes ferramentas que podem auxiliar no diagnóstico e na implementação das ações e serviços de saúde, uma vez que favorecem a identificação de mecanismos de análise, monitoramento e avaliação de indicadores (MEDEIROS, 2019; MAI *et al.*, 2017).

No ano de 2011 foi implantado o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), já que até então não havia um sistema onde o MS pudesse monitorar a elaboração dos instrumentos obrigatórios de gestão. O SARGSUS foi abastecido pelos estados, Distrito Federal e municípios até final do ano de 2017, quando foi substituído, integralmente, pelo sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP).

O DigiSUS foi estruturado para receber as informações dos instrumentos de planejamento da saúde, observando os períodos de elaboração e os prazos de apresentação de cada documento, em cada esfera (BRASIL, 2019b, 2021). Nesse sistema, os conteúdos dos documentos são interligados sequencialmente, portanto, o gestor não pode avançar caso não complete o primeiro ciclo. O curso do preenchimento se inicia com o PMS e, após a conclusão

desta etapa, inicia-se o preenchimento da Programação anual de Saúde (para cada ano do PMS abre-se uma PAS), e por fim, com o objetivo de monitorar e avaliar o plano de saúde e a programação, o sistema abre para a inserção dos RDQA e RAG (BRASIL, 2019b).

Com a implantação do DigiSUS, os gestores da saúde ganham uma importante ferramenta de planejamento, à medida que, tal sistema fomenta o planejamento ascendente, fortalece o processo de descentralização e a efetividade no cumprimento da legislação do SUS, facilitando o monitoramento e a avaliação das ações e serviços em saúde.

No RS, os gestores contam com mais uma grande e qualificada ferramenta de apoio, o “Portal *BI* da Saúde Gestor Municipal”. Este foi desenvolvido aplicando ferramentas de Business Intelligence (BI), que permite a apresentação de indicadores de saúde, dos municípios e do Estado do RS, de forma clara e objetiva, bem como a análise ampla de diferentes bases de dados, proporcionando uma perspectiva mais avançada no que tange a situação de saúde da população do Estado do RS (MAI *et al.*, 2017).

As informações do Portal *BI* são atualizadas semanalmente, a partir das principais bases de dados do País, facilitando aos gestores municipais o monitoramento da situação de saúde do seu município (RIO GRANDE DO SUL, 2020). Assim como os demais sistemas de informação supracitados, o Portal *BI* é público, visto que qualquer cidadão que tenha acesso a internet pode acessá-lo.

### 2.1.5 Gestores e suas responsabilidades como determinantes da eficiência na saúde

O quadro a seguir demonstra a organização dos entes (união, estados e municípios) e a estrutura decisória no SUS.

Quadro 3 - Organização dos entes e estrutura decisória do SUS.

ENTES	GESTOR	COLEGIADO PARTICIPATIVO	ENTES REPRESENTANTES	COMISSÃO INTERGESTORES
União	MS	CNS	CONASEMS CONASS	CIT
Estados	SES	CES	COSEMS	CIB
Municípios	SMS	CMS	Representantes do COSEMS	CIR

Fonte: Elaborado pela autora.

A gestão do SUS é exercida por gestores que representam cada âmbito do governo e pode ser entendida como a atividade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (CONASS, 2003).

A definição do papel do gestor e suas atribuições no SUS são aspectos relevantes para o bom funcionamento do sistema. O Art. 9 da Lei Nº 8.080/90 traz que a direção do SUS é única em cada esfera de governo, sendo exercida no âmbito nacional pelo Ministro da Saúde, no estadual pelo Secretário Estadual de Saúde e, nos Municípios, pelo respectivo Secretário Municipal de Saúde. Visto isso, no município, o secretário da saúde torna-se a autoridade sanitária máxima, sendo responsável pela gestão do sistema de saúde, conforme o diagnóstico situacional de seu município e sempre seguindo os princípios constitucionais e legais do SUS (BRASIL, 1990).

Além dos gestores, a Lei 8.142/90 institui o conselho de saúde como instância de participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990). Contudo, é importante salientar que, embora o controle social tenha papel fundamental nas decisões de cada ente, estas não podem prejudicar as funções do Poder Legislativo, ou seja, sempre prevalecerá tal poder, considerando que suas atribuições foram dadas pelo povo, através do voto (PAIM, 2009).

A participação da comunidade concretiza-se por meio de conferências de saúde e pelos conselhos de saúde. As conferências de saúde são base para a elaboração do PMS e tem o propósito de avaliar a situação da saúde da população a cada quatro anos, além de propor diretrizes para a formulação de políticas neste âmbito. O conselho de saúde, por sua vez, tem como objetivo fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde conforme as necessidades da população. Ainda conforme o autor, o Conselho de Saúde constitui-se como um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, de caráter deliberativo e permanente. 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; CONASS, 2003, 2015; PAIM, 2009).

Além do controle social, o gestor de saúde também conta com o apoio da comissão Intergestores. Estas constituem-se como foro permanentes de negociação, articulação e decisão, especialmente após o decreto 7.508/11, que traz o fortalecimento da descentralização da saúde e, conseqüentemente, a valorização dos espaços de governança (PAIM, 2009; BRASIL, 2011, 2017).

Na esfera federal, a instância de pactuação chama-se Comissão Intergestores Tripartite, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. A representação de estados e municípios nessa comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS e é vinculada ao Ministério da Saúde, onde os gestores poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Na esfera Estadual, os espaços de articulação e pactuação se dão na comissão intergestores bipartite, que tem expressão por representantes do governo estadual e representantes dos secretários municipais de Saúde. As CIBs foram institucionalizadas pela NOB Nº 1 de 1993 e instaladas em todos os estados do País. No Estado, a CIB é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e os gestores públicos poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

E por fim, a comissão intergestores regional, prevista no Decreto 7.508/11, é composta por todos os gestores municipais da região de saúde a qual pertence, além dos representantes do governo estadual, ou seja, os técnicos da CRS correspondente. Na esfera regional, a CIR, é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, podendo, o Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), representar os gestores da saúde.

As comissões pactuarão, conforme o Decreto 7.508/2011, sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde; diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência; diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde; responsabilidades dos entes federativos na rede de atenção à saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro e referências das regiões intraestaduais e interestaduais (BRASIL, 2011).

Porém, somente a CIT poderá pactuar sobre a composição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), questões de financiamento e operacionais das Regiões de Saúde, respeitando as relações internacionais, no caso das regiões situadas em fronteiras com outros países. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003) é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, com mandato de representar politicamente os interesses comuns das secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal perante as demais esferas de governo e outros parceiros. Dentre as representações de que participa estão a Comissão Intergestores

Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CONASS tem como objetivo tornar o conjunto das secretarias de Saúde, dos Estados e do Distrito Federal, mais participantes do esforço de reconstrução do setor saúde, como parte de uma ampla pauta social, naquele momento de redemocratização do País.

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde configura-se como ente de mobilização e representação dos Secretários Municipais de Saúde. Em nível nacional, participa da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, representando as secretarias municipais de saúde nos fóruns de negociação e deliberação sobre a saúde pública. Em cada Estado os Secretários Municipais de Saúde organizam-se através dos COSEMS. Os representantes do COSEMS e os representantes das secretarias estaduais de Saúde compõem a Comissão Intergestores Bipartite em cada Estado e fazem parte das Comissões Intergestores Bipartite, além das Comissões Intergestores Regionais (CONASS, 2003, p. 51).

Considerando a natureza deste estudo, destaca-se que a descentralização imposta pelo SUS tornou o cargo de secretário municipal de saúde ainda mais relevante e imprescindível, haja vista que passou-se a exigir maior conhecimento e capacidade de gerenciamento aos mesmos. Contudo, pode-se afirmar que a gerência é um dos fatores determinantes da eficácia da prestação dos serviços de saúde (SALIBA *et al.*, 2013). Gestores estaduais e municipais, corrobora Baião Campos (2015), desde a década de 1990, são fortalecidos em um processo de contínua descentralização dos recursos e poder, tendo que dar conta de diferentes formas de ofertar a atenção à saúde em seus territórios com objetivo de fortalecer a APS.

A gestão municipal, ratificam Teixeira e Molesini (2002), é de responsabilidade do gestor da saúde - secretário municipal da saúde - as atividades de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde, considerando que, dentre suas atribuições estão as funções políticas, técnicas e administrativas, que são desenvolvidas com o intuito de assegurar o planejamento, a organização e o controle do sistema e dos serviços de saúde.

Diversos estudos, incluindo o de Pinafo *et al.* (2016), corroboram em relação ao planejamento em saúde, onde esta função é assumida por pouco mais da metade dos secretários. Para o autor, o planejamento ainda é uma deficiência em muitas gestões do SUS, exemplo disso é a forma como é elaborado o PMS.

Souza (2002) complementa que, a complexidade de gerenciar o SUS, um sistema que apresenta constante atualização da legislação, diferentes atores, interesses e fatores que o influenciam, leva à precisão de qualificação do gestor, para que o mais importante princípio do SUS, o da integralidade, seja alcançado.

A atuação do secretário municipal de saúde, para o autor, consiste em “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários à implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública” (SOUZA, 2002, p. 37). Pinafo *et al.* (2016) ainda contribuem, visto a afirmação de que a maioria dos municípios não tem política de planejamento implantada, ou, quando esta ocorre, se dá de forma incipiente.

Por conseguinte, o arcabouço jurídico, os sistemas de informação, os espaços de governança e os instrumentos de gestão apoiam o gestor do SUS em todo o ciclo de planejamento, com o intuito de embasar o gestor à tomada de decisões acerca das demandas da população a quem assiste.

Considerando o planejamento parte integrante do SUS desde a sua concepção, através de diferentes leis, portarias e resoluções e que suas ferramentas, na gestão do SUS, são exigências legais, e observa-se que o PMS é o documento de maior potencial para fortalecer e qualificar o processo de descentralização da saúde, refletindo a responsabilidade do gestor da saúde, bem como é capaz de orientar um bom diagnóstico e combate à uma situação de saúde perante a população assistida, no caso deste estudo, a sífilis gestacional e a sífilis congênita.

Para que o Sistema de Saúde Pública do Brasil torne-se cada vez mais efetivo e eficaz, faz-se necessária a adoção do planejamento em saúde como um dos mecanismos capazes de favorecer o seu processo de efetivação. Teixeira (2010) afirma que, a responsabilidade da condução do processo de elaboração do PMS, contemplado por uma qualificada análise/diagnóstico situacional, de estratégias utilizadas para a resolução das demandas levantadas através da análise/diagnóstico e a forma com que irá monitorar os resultados, é do gestor municipal da saúde em conjunto com os membros do CMS.

Um planejamento adequado e eficaz, no âmbito da saúde, deve ser capaz de mudar o cenário socio sanitário de um município. No contexto deste estudo, optou-se em abordar como exemplo um dos principais problemas de saúde pública presentes em quase a totalidade dos municípios do País, qual seja, a sífilis. O questionamento desta patologia torna-se um exemplo de como o gestor municipal da saúde vem planejando ações referente às necessidades de saúde da população. A vista disto, no próximo item, serão abordados aspectos importantes acerca da SG e SC.

## 2.2 SÍFILIS CONGÊNITA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Este tópico traz um dos maiores problemas de saúde pública do país, quais sejam, as concepções da doença, o número de casos de SG e SC, bem como alguns documentos norteadores para a tomada de decisões do gestor no que tange ao cuidado tão relevante de mulheres e crianças com esta patologia.

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, acredita-se que a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. A cada ano, quase seis milhões de pessoas são infectadas pela sífilis (BRASIL, 2018b). A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível, de natureza crônica, de evolução lenta, cujo agente etiológico é uma bactéria denominada *Treponema pallidum* (FARIAS; MEDEIROS, 2019; MAHMUD *et al.*, 2019). A infecção apresenta um período de incubação de 10 a 90 dias e com uma média de 21 dias para as primeiras manifestações da doença. Apresenta estágios com diferentes sinais e sintomas e, ainda, possui períodos de latência (BRASIL, 2018b; MAHMUD *et al.*, 2019).

Atualmente, existem duas classificações para as formas clínicas da sífilis adquirida, a saber, pelo tempo de infecção e por suas manifestações clínicas. A primeira se dá de acordo com o tempo de infecção: sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução) e a sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução). A segunda se dá de acordo com as manifestações clínicas da sífilis adquirida, que se divide em três fases clínicas sequenciais e sintomáticas separadas por períodos de infecção latente assintomática (BRASIL, 2015, 2020).

Na Sífilis primária, após a contaminação, ocorre um período de incubação com duração entre 10 a 90 dias. Na Sífilis secundária, quando a primária não é tratada, os sinais e sintomas surgem em média entre seis semanas e seis meses após a infecção e duram em média entre 4 e 12 semanas; porém, as lesões podem surgir e desaparecer por até dois anos. Também existe o período onde a sífilis encontra-se latente, ou seja, nenhum sinal ou sintoma clínico é observado. E por fim, na Sífilis terciária, que ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência, podendo surgir entre dois a 40 anos depois do início da infecção. A sífilis terciária é considerada rara, devido ao fato de que a maioria da população recebe, indiretamente, ao longo da vida, antibióticos com ação sobre o *Treponema pallidum* e que levam à cura da infecção (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2015). As fases podem ser melhor compreendidas no quadro a seguir.

Quadro 4 - Imagens da sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária (mãos).



Fonte: <sup>1</sup> Avelleira e Bottino (2006);

<sup>2</sup> <https://blog.maxieduca.com.br/dst-sifilis-caracteristicas/>;

<sup>3</sup> <https://estomatologiaonlinepb.blogspot.com/2015/01/sifilis.html?m=1>

A sífilis é transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. O contato com as lesões pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). A transmissão por transfusão sanguínea é possível, porém rara, devido à triagem rigorosa dos hemocentros quanto à presença de agentes infecciosos, como o *Treponema pallidum*, e pelo pouco tempo de sobrevivência da bactéria fora do organismo humano (BRASIL, 2018b).

No que tange à transmissão vertical, esta pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença. Do mesmo modo, é possível a transmissão direta no canal do parto, porém, é menos frequente. A prevenção da sífilis congênita é realizada unicamente no pré-natal, não podendo ser realizada no período puerperal imediato (SONDA *et al.*, 2013). Posteriormente a transmissão da sífilis, cerca de 40% dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal (SÃO PAULO, 2008).

A principal forma de prevenção é o uso do preservativo, feminino ou masculino, durante o ato sexual. A infecção é totalmente sensível ao tratamento com Penicilina G Benzatina, sem desenvolver nenhum tipo de resistência, portanto, trata-se de uma IST de fácil diagnóstico e tratamento no território, ou seja, na APS. O tratamento é relativamente barato e disponível na rede pública. As camisinhas masculinas e femininas também são disponibilizadas em qualquer estabelecimento de saúde. Contudo, cabe salientar que, entre 2014 e 2017, o Brasil vivenciou o desabastecimento de penicilinas, principal forma de tratamento da sífilis (CARDOSO *et al.*, 2017).

Além do tratamento, os testes rápidos, para diagnóstico da infecção pela sífilis, também estão disponíveis na Atenção Primária à Saúde. São testes realizados em no máximo 30 minutos e sem necessidade de estrutura laboratorial, e é uma ferramenta que apoia o diagnóstico oportuno da infecção. No caso das gestantes, o parceiro sexual também deverá ser testado e tratado para evitar a reinfecção da gestante, caso contrário, a mesma se reinfectará, tendo que realizar todo tratamento novamente.

A forma da sífilis mais preocupante é a sífilis congênita, uma vez que estudos evidenciam que, a ineficácia do tratamento ou até mesmo o não tratamento ocasiona diversas consequências. Aproximadamente 25% das mulheres que não realizaram o tratamento ou até mesmo aquelas que trataram inadequadamente sofreram abortos no segundo trimestre ou óbito fetal; em 11% dos casos, ocorreu morte fetal e, em 13%, partos prematuros ou baixo peso ao nascer (DAMASCENO *et al.*, 2014; BRASIL, 2019a).

Quando se fala de sífilis congênita, é importante esclarecer que esta pode caracterizar-se de duas formas: precoce e tardia. A sífilis congênita precoce, Figuras 3 e 4, surge até o

segundo ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna, da avaliação clínico-laboratorial, além de estudos de imagem da criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo, devido ao fato de que mais da metade das crianças são assintomáticas ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais e sintomas são discretos ou pouco específicos. Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, entre as principais manifestações clínicas estão as lesões cutâneas, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, síndrome nefrótica, hidropsia, catarata, edema, convulsões, meningite entre outros sinais (BRASIL, 2017a).

Figura 3 - Sífilis congênita precoce



Fonte: Enfermeirospsf<sup>4</sup>

Figura 4 - Recém-nascido com sífilis congênita



Fonte: © Springer Science+Business Media

---

<sup>4</sup> Disponível em: <http://enfermeirospsf.blogspot.com/2013/03/sifilis-congenita.html>

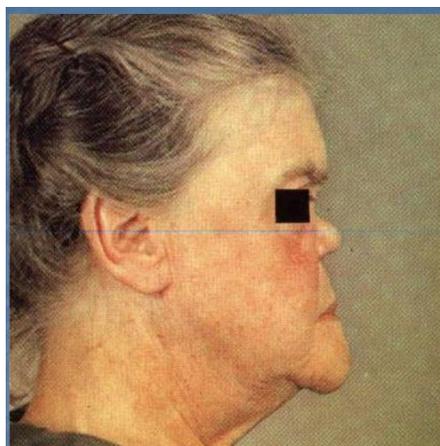
A sífilis congênita tardia, Figuras 5 e 6, surge após o segundo ano de vida e é considerada de notificação compulsória até os 13 anos de vida. Da mesma forma que a sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Além disso, deve-se estar atento à investigação da possibilidade da criança ter sido exposta ao *Treponema pallidum* por via sexual (BRASIL, 2015). Nesta fase, pode-se apresentar: nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta ou prognata, arco palatino elevado, surdez neurológica, entre outros.

Figura 5 - Sífilis Congênita Tardia



Fonte: Slide Share. Disponível em: <https://www.slideshare.net/rodrigomontalverne1/sfilis-congnita-rodrigo-montalverne>. Acesso em: 10 mar. 2020.

Figura 6 - Sífilis Congênita Tardia - Nariz em sela e mandíbula prognata



Fonte: Slide Player. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/6002484>. Acesso em: 10 mar. 2020

A sífilis congênita constitui um tradicional evento-sentinela para monitoramento e avaliação da APS e, por tratar-se de uma doença de fácil prevenção e cura, sua ocorrência sugere falhas no funcionamento da APS (SARACENI *et al.*, 2005). O Boletim Epidemiológico da Sífilis do ano de 2018, traz que o Brasil é signatário de compromissos internacionais para a eliminação da sífilis congênita desde o ano de 1992, porém, além dos diversos esforços desde esta data, no ano de 2016 a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no País.

### **2.2.1 Documentos Norteadores relacionados à sífilis e de apoio à Gestão**

Em resposta a esse cenário, o órgão responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros - o Ministério da Saúde - dispõe de diversos dispositivos de apoio técnico e gerencial, que auxiliam os gestores da saúde, os responsáveis sanitários máximo no município, no combate a sífilis gestacional e congênita.

O MS vem executando diversas estratégias de abrangência nacional para o controle da sífilis no país, entre as quais: compra centralizada e distribuição de insumos de diagnóstico e tratamento (testes rápidos, penicilina benzatina e cristalina); desenvolvimento de instrumentos de disseminação de informação estratégica aos gestores, auxiliando a tomada de decisão; instrumentalização de salas de situação em todos os estados e no Distrito Federal; realização de Campanha Nacional de Prevenção; e desenvolvimento de estudos e pesquisas voltados para o enfrentamento da sífilis no SUS (BRASIL, 2020).

O apoio do MS sempre foi imprescindível para os gestores locais, contudo, com as estratégias de descentralização da saúde, este cargo tornou-se ainda mais determinante no planejamento local e nas respostas às demandas existentes no território de abrangência. A função do gestor municipal passou a exigir maior conhecimento e capacidade de gerenciamento (SALIBA *et al.*, 2013; BAIÃO CAMPOS, 2015).

Tratando-se da SG e SC, os processos contínuos e sistemáticos da vigilância em saúde são fundamentais no planejamento e implementação de medidas de controle e prevenção. As competências do gestor local, no que tange às ações de Vigilância, compreendem a coordenação de ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; gestão de sistemas de informação de vigilância, bem como as análises de situação de saúde; coordenação e alimentação dos sistemas de informação; coordenação das ações de vigilância nas emergências de saúde pública; desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social; monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu

território; realização de campanhas publicitárias, educação permanente e fomento à participação social nas ações de vigilância (BRASIL, 2015). A seguir, serão abordadas as principais publicações acerca do tema no âmbito do nacional.

Quadro 5 - Principais publicações quanto ao cuidado materno-infantil referente à Sífilis  
(continua)

Ano	Legislação
1940	1ª Conferência Nacional de defesa contra a sífilis
1983	1ª Programa Governamental
1985	1ª ONG Brasileira - Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA)
1986	A notificação compulsória da sífilis congênita em todo território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986
	As resoluções deste ano, geradas através da 8ª Conferência Nacional, embasaram a CF 88.
1988	1º Centro de Testagem anônima e aconselhamento
	Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições...II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.
1990	Lei Nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
	Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da (continuação)
Ano	Legislação
1991	Inserção da 1ª medicação no SUS
1993	Publicação da 1ª edição do Manual de controle das DST
	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita
1996	Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996 - Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de aids
1999	Criação da política nacional de DST/AIDS princípios, diretrizes e estratégias
	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis
	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Testes de Sensibilidade à Penicilina – Manual
	Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999 - Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de

	doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências
2002	Portaria Nº 2104, de 19 de novembro de 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde -- SUS --, o Projeto Nascer-Maternidades
2004	Portaria Nº 1.172, de 15 de junho de 2004 - Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.
2004	Boletim Epidemiológico Aids/DST - 2004 - Disponibiliza dados precisos sobre a epidemia de aids e sífilis congênita no Brasil
2005	Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005 - Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional
	Boletim Epidemiológico Aids/DST - 2005 - Aids - Ano II nº 01 da 1ª à 26ª semana epidemiológica. Janeiro a junho de 2005
2006	Boletim Epidemiológico Aids/DST - 2006 - O Boletim Epidemiológico de Aids e DST contém os dados epidemiológicos de aids notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), até 30/06/2006, bem como casos registrados no SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais) e SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade).
	Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids
2007	Boletim Epidemiológico Aids/DST - 2007 - Ano IV - nº 01 da 27ª à 52ª semana epidemiológica - jul-dez 2006 da 01ª à 26ª semana epidemiológica - jan-jun 2007
	Publicação do Plano Operacional e protocolo para a Redução da transmissão vertical.
2008	Boletim Epidemiológico Aids/DST - 2007 - Descrição Ano V - nº 01 da 27ª à 52ª semana epidemiológica - jul-dez 2007 da 01ª à 26ª semana epidemiológica - jan-jun 2008
	Publicação do Guia: Como prevenir a transmissão vertical de HIV e sífilis no seu m (continuação)
<b>Ano</b>	<b>Legislação</b>
2009	Boletim Epidemiológico Aids/DST - 2009 - Ano VI nº 01 da 27ª à 52ª semana epidemiológica - jul-dez 2008 da 01ª à 26ª semana epidemiológica - jan-jun 2009
2010	Portaria Nº. 3252/GM, de 22 de dezembro de 2010 - Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências”
	Boletim Epidemiológico Aids/DST - 2010 - Dados epidemiológicos de DST e HIV/aids
2011	Boletim Epidemiológico Aids/DST - 2010 - Dados dos casos de aids, de gestantes infectadas pelo HIV, de sífilis na gestação e sífilis congênita, atualizados em 30 de junho de 2011 e detalhados segundo variáveis selecionadas.
	Portaria no 3.161, de 27 de dezembro de 2011 - dispõe sobre a administração da penicilina nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, no âmbito do Sistema Único de Saúde
	Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

	Portaria no 3.242, de 30 de dezembro de 2011 - dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações
2012	Portaria no 77, de 12 de janeiro de 2012 - dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para gestantes e sua(s) parceria(s) sexual(is).
	Boletim Epidemiológico de Sífilis, Secretaria de Vigilância em Saúde
2013	Nota técnica SAS/SVS/MS de 2013 - Dispõe sobre o envio de testes rápidos para os municípios.
	Portaria Nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
	Portaria GM/MS Nº 1.020, de 29 de maio de 2013, institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco.
	Campanha voltada para o incentivo do diagnóstico da sífilis na gestação.
2014	Publicação do Protocolo de investigação de transmissão vertical.
	Portaria Nº 371 de 7 de maio de 2014 que Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS)
2015	Campanha dia das mães, direcionada às futuras gestantes, para que exijam a realização dos testes de HIV, sífilis e hepatites para evitar a transmissão vertical.
	Decisão Cofen 0094/2015. Revoga o Parecer de Conselheiro 008/2014. PAD COFEN 032/2012 e dispõe sobre a administração de penicilina benzatina nas ações de enfermagem para prevenção da sífilis congênita
	Nota Informativa Conjunta nº 109/105/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS. Orienta a respeito da priorização da penicilina G benzatina para sífilis em gestantes e penicilina cristalina para sífilis congênita.
<b>Ano</b>	<b>Legislação</b>
2015	Boletim Epidemiológico de Sífilis, Secretaria de Vigilância em Saúde
	Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde
2016	Campanha do dia nacional de combate à sífilis congênita
	Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
	Boletim Epidemiológico de Sífilis, Secretaria de Vigilância em Saúde
	Portaria Nº 2.012, de outubro de 2016, revoga a portaria nº 3.242/GM/MS, de 30 de dezembro de 2011 e aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis.

2017	Nota informativa nº 2 - SEI/2017-DIAHV/SVS/MS. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita.
	Lei 13.430, de 31 de março de 2017. Institui o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita.
	Nota informativa conjunta nº 10/2017- DIAHV/SVS/MS e DAB/SAS/MS. Informa sobre os procedimentos a serem adotados, considerando ações de prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e dispensação de medicamentos para IST, do HIV/Aids e Hepatites Virais para População em Situação de Rua.
	Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil
	Campanha de prevenção da sífilis congênita
	Campanha do dia de combate à sífilis – Incentiva a participação do parceiro durante o pré-natal
	Boletim Epidemiológico de Sífilis, Secretaria de Vigilância em Saúde
2018	Boletim Epidemiológico de Sífilis, Secretaria de Vigilância em Saúde
	Portaria nº 20, de 14 de maio de 2018 institui e regulamenta o funcionamento e os procedimentos das Comissões Assessoras relacionadas às IST, ao HIV/Aids e às Hepatites Virais.
2019	Boletim Epidemiológico de Sífilis, Secretaria de Vigilância em Saúde
	Campanha de IST sem camisinha, você assume esse risco.
	NOTA INFORMATIVA Nº 18/2019-CGAE/.DIAHV/SVS/MS. Atualiza o processo de distribuição do medicamento benzilpenicilina benzatina 1.200.000UI e outras providências.
2020	Boletim Epidemiológico Sífilis, Secretaria de Vigilância em Saúde
	OFÍCIO CIRCULAR Nº 9/2020/CGIST/.DCCI/SVS/MS - Assunto: PCDT-IST 2020 - Versão Revisada
	Campanha prevenção à IST

Fonte: Elaborado pela autora

No ano de 1993, através do acordo do MS, OPAS e OMS, foi instituído o projeto de eliminação da sífilis congênita, onde foi definida como meta a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos. Contudo, o número de casos registrados no mundo e no Brasil só faz aumentar ano a ano.

Considerando os esforços, do Ministério da Saúde, para melhorar a saúde materno-infantil, e todo arcabouço supracitado, o gestor da saúde conta com tantas outras publicações acerca da saúde materno-infantil e dentre elas estão o Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN 2000, que tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência

obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no SUS, onde, dentro de seus princípios gerais, estão dois indicadores relacionados especificamente à sífilis, são eles: Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município e Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município, comparando com o do ano anterior (BRASIL, 2000b).

Além deste documento, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004, veio com o objetivo de articular os atores sociais, historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil. No âmbito da mobilização social, o pacto promoveu campanhas para a redução da transmissão vertical do HIV e sífilis em dezembro de 2005; qualificações e oficinas para redução do HIV e sífilis para profissionais de saúde; instituição da obrigatoriedade da realização do teste de sífilis para todas as parturientes nas maternidades da rede SUS – portaria nº 766, 21/12/04; instituição da notificação da sífilis em gestantes como agravo de notificação obrigatória – portaria nº 33, 14/7/05 e produziu o Manual de Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita (2005). Ainda no ano de 2005, foi publicada a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil como orientação para a ação de todos os gestores e profissionais.

Para nortear e apoiar as decisões na saúde, ainda ocorreu, em 2010, a implantação das cinco redes temáticas prioritárias, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite pela Portaria GM/MS nº 4.279/2010. Dentre elas, a rede materno-infantil, que tem como objetivos principais a implementação de um Modelo de Atenção ao Parto e ao Nascimento com base em evidências científicas e nos princípios da humanização e de atenção integral à saúde da Criança; a articulação das redes de atenção, de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade, além da redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2010).

No ano de 2016, através da 68ª sessão do comitê regional da OMS para as Américas, o Brasil adotou o plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de IST's 2016-2021. O objetivo é diminuir o impacto destas patologias até 2030, com base nos contextos, peculiaridades e prioridades de cada localidade.

Ainda, dentre as últimas ações do Ministério da Saúde em relação ao combate da sífilis gestacional e congênita, no ano de 2017 foi lançada a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil. A agenda, iniciada em 2016 e finalizada em 2017, amplia os compromissos interinstitucionais quanto ao combate à sífilis no País. O documento também prevê, entre seus seis eixos, a divulgação de experiência bem-sucedidas, a divulgação, qualificação, aprimoramento e monitoramento dos dados epidemiológicos; parcerias

intersetoriais e interinstitucionais; ampliação de comitês de transmissão vertical, além do fortalecimento das redes de atenção à saúde frente a resposta rápida a sífilis (BRASIL, 2017a).

Segundo Brasil (2017, p. 10),

a construção coletiva deste plano estratégico envolve efetivamente os gestores (federais, estaduais e municipais), profissionais e estudantes da área de saúde e todos os demais atores, a fim de contribuírem para a implementação de ações estratégicas e prioritárias, com foco na redução da transmissão da sífilis no país.

Além de todas as ações traçadas pela União, os Estados têm papel importante nesse processo, trazendo também diversos documentos norteadores à gestão no tocante ao cuidado à sífilis gestacional e congênita. No RS e, conseqüentemente na região administrativa estudada, o panorama de enfrentamento à sífilis em gestantes e a sífilis gestacional e congênita não é diferente. Dentre as estratégias utilizadas pelo Estado do RS no combate à sífilis congênita e em gestantes estão:

1. A pactuação e monitoramento dos indicadores, no SISPACTO, com o indicador – Sífilis Congênita em menores de 1 ano;
2. A implantação, implementação e monitoramento dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical - a Coordenação Estadual de IST/Aids tem fomentado a instituição de organismos regionais e municipais que analisem os eventos relacionados a agravos evitáveis a fim de propor medidas para sua eliminação;
3. A capacitação de 100% dos municípios em testagem rápida: 491 (98,7%) municípios com testagem implantada em suas unidades de saúde (setembro de 2018);
4. O Monitoramento da cobertura de testagem para HIV e sífilis nas maternidades - acompanhamento dos exames realizados no momento do parto e nas situações de abortamento de todas as maternidades, públicas e privadas, do estado;
5. O Monitoramento do uso dos insumos para profilaxia da transmissão vertical do HIV e sífilis nas maternidades do estado - como resultado, orienta-se o uso adequado das medidas profiláticas conforme o Protocolo Clínico de Prevenção da transmissão vertical do HIV/Sífilis;
6. O Monitoramento das gestantes com sífilis pela Coordenação Estadual de IST/Aids - acompanhamento dos casos registrados no SINAN, em seis Regiões de Saúde (R1, R8, R9, R10, R17 e R23) com a finalidade de emitir alertas de tratamento e seguimento;
7. O Grupo de trabalho para o enfrentamento da sífilis congênita - objetivo de construir um Plano Operativo de Ações contando com a participação das políticas do Departamento de Ações em Saúde (DAS) e;
8. A Distribuição de Penicilina G Benzatina e Cristalina para tratamento da sífilis aos municípios e instituições de saúde do estado (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

A transmissão vertical não tem declinado da forma esperada, apesar da maior oferta de testes diagnósticos para as gestantes e seus parceiros, visto que, assim como no Brasil, os números no RS são crescentes e alarmantes, podendo ser sinal de insucesso das diversas políticas, medidas de intervenção e estratégias utilizadas para evitar a doença, bem como na dificuldade da identificação da doença, além de seus determinantes e condicionantes, e,

consequentemente, na ineficiência do planejamento. Mapelli Júnior (2015) indica que, uma das maiores dificuldades do SUS é a desqualificação da gestão e conselhos de saúde, tal inabilidade fragiliza e compromete todo o processo de qualificação do planejamento em saúde.

#### *2.2.2.1 A Planificação da Atenção Primária à Saúde: uma estratégia de qualificação da Rede Materno-Infantil no território da 4ª CRS*

Com o intuito de qualificar o cuidado na APS, precursora de todas as redes, e fortalecer o processo de planejamento no SUS, o CONASS vem desenvolvendo, desde 2007, a Planificação da Atenção Primária à Saúde, uma proposta que vai além de uma simples capacitação, pois propicia o desenvolvimento da APS, por meio de mudanças efetivas na atitude e nos processos de trabalho dos profissionais, que compõem as equipes assistenciais e de gestão (BRASIL, 2015). Saliencia-se que, o processo de planificação da APS se dá por meio de um processo de planejamento da atenção à saúde.

No RS esse processo é desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, visando a organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde. O projeto piloto do processo de Planificação ocorreu na 4ª CRS e vem desenvolvendo-se desde o ano de 2015. Dos 32 municípios pertencentes à 4ª coordenadoria regional de saúde, 31 deles estão em processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde, destes, 17 desde 2015, 14 com adesão na segunda etapa, a partir de 2018 e 1 município não realizou a adesão ao processo.

Tal processo ocorreu primeiramente na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, ao passo que, é uma das coordenadorias que mais destaca-se no que tange aos casos de SG e SC. A primeira rede a ser trabalhada na ocasião foi a rede Materno-Infantil, considerando as diversas demandas referentes à saúde da mulher e da criança.

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS por meio da portaria nº 1.459/2011, propõe garantir às mulheres um atendimento adequado através de uma rede de cuidados a partir da confirmação da gravidez até o puerpério. A 4ª CRS conta com um plano regional da Rede Cegonha, elaborado em 2014 e atualizado em 2017. Neste, consta que todos os municípios da 4ª CRS realizaram a adesão a este componente.

As referências para partos de risco habitual foram redefinidas conforme a resolução CIB/RS nº 206/2017, que estabelece a organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento de forma regionalizada, no Estado do Rio Grande do Sul. Os municípios da região Verdes Campos: Agudo, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Ivorá, Nova Palma, Paraíso

do Sul, Pinhal Grande, Restinga Seca, São João do Polêsine e Silveira Martins, têm como referência o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Os municípios de Dilermando de Aguiar, Itaara, Júlio de Castilhos, Quevedos, Santa Maria, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, Toropi e Vila Nova do Sul, têm como referência o Hospital Casa de Saúde. No que tange a região Entre Rios, os municípios de Cacequi, Jaguari, Jari, Mata, São Francisco de Assis e São Vicente do Sul têm como referência o Hospital Casa de Saúde de Santa Maria. Capão do Cipó, Itacurubi, Nova Esperança, Santiago e Unistalda têm como referência o Hospital de Caridade de Santiago. A referência para as gestantes, recém-nascidos e crianças de alto risco da 4ª CRS é o Hospital Universitário de Santa Maria. O referido hospital conta com leitos de UTI Neonatal, sujeitos a Regulação do Estado. Também possui um Ambulatório Especializado no Atendimento ao Prematuro Egresso de UTI Neonatal, o qual é referência para aplicação de Palivizumabe para todos os municípios da 4ª CRS.

Outras ações desenvolvidas no âmbito regional são: implantação do Comitê Regional de Investigação da Mortalidade por HIV/AIDS e transmissão vertical do HIV e sífilis; instituição do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha; realização do Curso de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual; utilização de protocolos para a assistência pré-natal na APS e encaminhamento ao pré-natal de alto risco; desenvolvimento da proposta da Planificação da Atenção à Saúde; inserção de indicadores da rede cegonha nas metas dos contratos hospitalares; processo de Regionalização dos Partos; implementação do Projeto ApiceOn (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) no hospital de referência para partos de alto risco (HUSM); implementação do Projeto Zero morte Materna por hemorragia nas maternidades de referência.

Além disso, o Plano Regional da Rede Cegonha prevê algumas questões importantes para a qualificação da atenção à gestante, como: implantação de um Centro de Parto Normal; implantação de uma Casa de Gestante, Bebê e Puérpera; instituição do Colegiado Gestor das Maternidades; implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança; realização de Fóruns Perinatais; entre outras.

A Planificação da Atenção Primária à Saúde foi e ainda é o maior processo de qualificação de atenção à saúde, com ênfase na rede materno-infantil, já realizado no âmbito da 4ª CRS. Um dos principais produtos do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde foi a resolução Nº 022/19– CIB/RS da Comissão Intergestores Bipartite, que atualiza a nota técnica de atenção ao pré-natal na atenção básica no RS e subsidia os gestores e as equipes de Atenção Básica na perspectiva da qualificação da assistência pré-natal, através da definição de

critérios para a estratificação de risco das gestantes e suporte para a tomada de decisão clínica para as gestantes de risco habitual na Atenção Básica (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

No SUS, o pré-natal de risco habitual tem como principal porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde e, na maioria dos municípios, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem atuado como ordenadora e coordenadora desse serviço. Considerado prioritário, na rede materno-infantil, pode ser desenvolvido quase que exclusivamente com recursos de baixa complexidade, em nível primário, ou seja, onde a mulher reside, além de necessitar, na maioria das vezes, tecnologias leves que incluem acolhimento, escuta, capacitação de pessoal e apoio laboratorial (SOARES, 2014).

Na resolução supracitada, estão descritas as atualizações quanto à sífilis em gestantes, como pré-natal, exames necessários, tratamentos, entre eles, alguns itens mínimos que devem ser garantidos para uma assistência de pré-natal efetiva e de qualidade. Entre os itens mínimos devem estar garantidos a oferta do teste rápido de gravidez na APS; realização de testagem rápida para HIV e sífilis na unidade; oferta de medicamentos, inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico; visita domiciliar às gestantes e puérperas, entre outros. Quanto aos recursos materiais mínimos, a portaria prevê itens mínimos, tais como: mesa e cadeiras; espéculos e pinças de Cheron; gestograma; aparelho de hemoglicoteste, dentre outros (RIO GRANDE DO SUL, 2019). Contudo, ainda nos dias de hoje, pode-se afirmar que, muitas unidades não dispõem, principalmente, de recursos materiais suficientes para a realização de um pré-natal efetivo e qualificado, fato que certamente é influenciado pela pobreza do planejamento municipal.

Outra demanda importante se dá em razão da não realização do tratamento com penicilina nas unidades básicas de saúde. Ainda com respaldo da portaria nº 3.161/2011, que dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades básicas, muitos profissionais, segundo Araújo e Souza (2020), ainda apresentam receio quanto aos casos de reações adversas relacionadas ao antibiótico, visto que, a maioria das unidades não possuem recursos adequados para a reversão de uma reação anafilática. Tal demanda apresenta-se como mais uma dificuldade, ou empecilho, para o gestor municipal, que ainda, com respaldo legal, muitas vezes, não consegue fazer com que a medicação seja administrada na unidade.

A redução dos casos de sífilis gestacional, bem como a transmissão vertical da sífilis congênita, depende, em parte, da implementação dos recursos supracitados, bem como do planejamento das ações na APS, *locus* prioritário do cuidado, todos de responsabilidade do gestor municipal da saúde.

Considerando que o PMS subsidia as ações de planejamento para um período de quatro anos e que este deve manifestar o compromisso assumido pelo governo, além de direcioná-lo quanto às diretrizes da política de saúde, pode-se afirmar que, a responsabilidade do gestor da saúde se dá através da abrangência do planejamento, Junqueira (1997) afirma que, todo processo de mudança depende do compromisso, envolvimento e vontade política de seus gestores. Campos et al. (2009) complementam que, a efetivação do sistema público de saúde está intimamente ligada ao comprometimento e a capacidade dos gestores municipais quanto ao processo de descentralização dos serviços de saúde.

Contudo, recursos materiais, humanos, ampliação de serviços e qualificação das equipes de saúde, entre outros, devem, prioritariamente, estar previstos no principal instrumento de planejamento da saúde, este, de responsabilidade do secretário da saúde.



### 3 MÉTODOS DO ESTUDO

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta é uma pesquisa de natureza aplicada, com abordagem qualitativa e quantitativa e de caráter exploratório-descritivo. Esta exploração foi realizada por meio da análise de documentos e de dados secundários, provenientes das plataformas digitais oficiais do Estado do RS e da União.

#### 3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil e seus resultados foram apresentados para a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e para a Comissão Intergestores Regional (CIR).

Em virtude da pesquisa ser realizada por meio da análise de dados secundários de acesso público, coletados a partir dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, as resoluções nº 466/12 e nº 510/16 dispensam a necessidade de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

#### 3.3 CENÁRIO DA PESQUISA

Uma das diretrizes do SUS, a regionalização, orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, assim como os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006a). No Estado do RS, essa diretriz encontra-se representada pela divisão das sete macrorregiões de saúde (Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales). Cada macrorregião é formada por uma ou mais regiões de saúde. No RS são 30 regiões de saúde e 18 Coordenadorias Regionais de Saúde, estruturando o Sistema Estadual de Saúde do RS.

As sete macrorregiões de saúde foram aprovadas pelas instâncias colegiadas do SUS - Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde (CIB/RS e CES/RS) - com o objetivo de organizar a atenção à saúde e garantir um atendimento universal, equânime e integral (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Recentemente, conforme o Decreto Nº 55.718, de 12 de janeiro de 2021, houve uma mudança estrutural e organizacional na secretaria de saúde do Estado. Tal decreto dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde, além de redefinir o número de CRS: de 19 para 18.



A região de saúde 01, Verdes Campos, é composta por 21 municípios, com população estimada de 435.653 habitantes (DATASUS, 2019). São municípios da região 01: Agudo, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, Silveira Martins, Toropi, Vila Nova do Sul. A região de saúde 02, Entre Rios, é composta por 11 municípios, com população estimada de 123.416 habitantes (DATASUS, 2019). São eles: Cacequi, Capão do Cipó, Itacurubi, Jaguari, Jari, Mata, Nova Esperança do Sul, Santiago, São Francisco de Assis, São Vicente do Sul e Unistalda.

### 3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo compreendeu os 32 municípios pertencentes à região administrativa da 4ª CRS. Para a seleção da amostra foram considerados os municípios que inseriram os PMS, completos e sem inconsistências, das vigências de 2014-2017 e 2018-2021, no sistema SargSUS.

### 3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

#### 3.5.1 Dados quantitativos

Os dados quantitativos foram coletados no decorrer do mês de junho de 2020 nas seguintes plataformas digitais de acesso público:

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET (disponível no site da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul), de onde foram coletados os dados referentes aos casos notificados confirmados de sífilis em gestantes e sífilis congênita, as condições sociodemográficas das gestantes infectadas (idade, raça, escolaridade), as condições clínicas das gestantes infectadas (realização do pré-natal e tratamento do parceiro).
- Portal BI - Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - BI PÚBLICO, de onde foram extraídas as informações referentes ao número de testes de sífilis realizado por gestante.

Os dados obtidos foram digitados e armazenados em um banco de dados desenvolvido no programa Microsoft Excel<sup>®</sup>, onde realizou-se a análise descritiva dos mesmos, a partir dos resultados de cada município.

### 3.5.2 Dados qualitativos

Os dados qualitativos foram coletados no decorrer do mês de junho de 2020, na plataforma digital de acesso público - Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão – (SARGSUS) - de onde foram selecionados os planos municipais de saúde de cada município, desde o ano de 2013 até o ano de 2020. A partir do ano de 2020, o SargSUS foi desativado para inserção de dados, porém, ainda está disponível para consulta. Os dados coletados se referem às duas últimas vigências: 2014-2017 e 2018-2021.

Para o estudo qualitativo dos dados foi utilizada a análise de conteúdo através da técnica de análise categorial, seguindo a metodologia adotada por Laurence Bardin (1977). Para Bardin (1977, p.53), “a análise categorial caracteriza-se por uma forma de classificação de grupos de palavras, frases ou números. Tem como função, desmembrar o documento e agrupá-los em categorias, conforme reagrupamento analógicos”. Em sua obra, Bardin trabalha em três amplas e diferentes fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; interpretação.

Seguindo as fases propostas por Bardin, a primeira fase desta pesquisa compreendeu a coleta de todos os planos de saúde disponíveis no sistema de informação vigente, os quais foram organizados digitalmente em pastas (no google drive) de acordo com a região de saúde a que pertencem e em ordem alfabética. Depois de organizados, os documentos foram lidos na íntegra e, a partir desta leitura, foram selecionados os planos que se enquadraram nos critérios de inclusão.

Na segunda fase da análise categorial - exploração dos documentos - foram delimitadas as unidades de registros. “Esta unidade corresponde ao segmento da mensagem que possibilita a significação precisa da unidade de registro” (BARDIN, 2010, p. 133). Para Bardin (2010), as escolhas das unidades de registro adequadas são importantes, uma vez que qualificam o estudo a partir de uma análise avaliativa particular.

As unidades de registro estabelecidas foram: rede cegonha e rede materno-infantil (gravidez, gestante, puérpera, pré-natal, parceiro, companheiro, cuidado); infecções sexualmente transmissíveis (sífilis, sífilis em gestantes, sífilis congênita, teste rápido, VDRL,

tratamento, penicilina); planejamento dos planos de saúde (planejamento, diretrizes, objetivos e metas de saúde, ações propostas, resolução de demandas, problemas elencados).

Após a definição das unidades de registro, ainda na fase de exploração, foram buscadas as unidades de registros recorrentes, onde foi possível definir novos reagrupamentos, chamados de eixos temáticos (BARDIN, 2010). São eles: pré-natal, parceiro, infecções sexualmente transmissíveis, cuidado, planejamento, sífilis em gestantes, sífilis congênita e rede materno-infantil.

Somente a partir de uma nova reagrupação, através da frequência de cada um dos eixos e da relevância para a pesquisa, emergiram as categorias e subcategorias (todas enumeradas) estabelecidas para esta pesquisa, somando um total de três categorias, sendo elas: 1. Cuidado à gestante no Pré-natal; 2. Cuidado em relação às IST e 3. Planejamento das ações/propostas de soluções. Na categoria do Cuidado à gestante no Pré-natal, incluíram-se as subcategorias: 1.1 Cuidado à gestante em relação à SG e SC e 1.2 Cuidado ao parceiro em relação à SG e SC.

Considerando a estrutura de elaboração do PMS proposta pela Portaria Consolidação Nº 01/17 (Origem Port. Nº 2.135/13), as informações das categorias 1, 1.1, 1.2 e 2, foram analisadas com base no capítulo I - análise situacional de cada documento e, a categoria 3, foi extraída com base do capítulo II - Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores, ambas determinadas pela estrutura dos PMS. Importante salientar que, embora muitos documentos não apresentem a estrutura textual da Portaria Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017, ainda assim foi possível identificar a caracterização de cada documento, bem como suas propostas de planejamento frente às demandas elencadas.

O tratamento dos resultados é a última etapa da análise de conteúdo. Bardin (2010, p.42) afirma que esta fase “é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica”. Este estágio permitiu à pesquisadora, através das recorrentes e minuciosas leituras e releituras dos documentos, identificar as informações com maior clareza e profundidade, facilitando a contemplação de todos os objetivos desta pesquisa.



#### 4. RESULTADOS

Considerando as duas vigências dos PMS de 32 municípios, tem-se um total de 64 PMS. Entretanto, a partir dos critérios de inclusão, obteve-se um quantitativo de 16 municípios, totalizando 32 documentos. Os municípios incluídos na pesquisa foram: a) municípios da região 01: Agudo, Dilermando de Aguiar, Formigueiro, Ivorá, Pinhal Grande, Quevedos, São Pedro do Sul, Silveira Martins, Toropi e Vila Nova do Sul; b) municípios da região 02: Cacequi, Itacurubi, Jaguari, Nova Esperança do Sul, Santiago e São Francisco de Assis. Os PMS destes municípios foram examinados minuciosamente, atendendo a todos os objetivos desta pesquisa.

A organização dos resultados aqui apresentados teve como base a Portaria de Consolidação nº 01/2017, a qual traz a orientação sobre a elaboração dos planos de saúde a partir de três grandes capítulos: análise situacional; diretrizes, objetivos e metas e monitoramento e avaliação.

Os resultados estão dispostos por município, conforme a região de saúde a que pertencem. Os dados quantitativos e qualitativos estão expostos em forma de tabelas e quadros. As tabelas trazem a série histórica do número de casos notificados confirmados de gestantes com sífilis e sífilis congênita, além das condições sociodemográficas e condições clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas no período de 2010-2019. Os quadros trazem a transcrição textual dos PMS, relativa à análise situacional (primeiro capítulo) e diretrizes, objetivos e metas (segundo capítulo), nas vigências 2014-2017 e 2018-2021. A análise descritiva das tabelas foi realizada juntamente à análise dos quadros, sendo estes, apresentados nos apêndices.

Foram elencadas categorias, e respectivas subcategorias, referentes ao primeiro e segundo capítulos do PMS, descritas abaixo:

Categorias referentes ao primeiro capítulo (análise situacional):

categoria 1: cuidado à gestante no Pré-natal

- subcategoria 1.1: cuidado à gestante em relação à SG e SC
- subcategoria 1.2: cuidado ao parceiro

categoria 2: cuidado em relação às IST

Categoria referente ao segundo capítulo (diretrizes, objetivos e metas):

categoria 3: planejamento das ações/propostas de soluções

As categorias e/ou subcategorias que não apresentaram informações em ambas as vigências foram suprimidas dos quadros. Os erros de português e/ou concordância foram mantidos durante a transcrição para garantir a originalidade do texto.

#### 4.1 MUNICÍPIOS DA REGIÃO VERDES CAMPOS

A estimativa populacional da Região 01 - Verdes Campos - para o ano de 2020, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 437.914 pessoas, sendo que a população total feminina era de 226.308 (IBGE, 2020). Os municípios que se adequaram aos critérios de inclusão da pesquisa representam uma população total de 30.118 mulheres, onde apenas 6% têm entre 15 a 49 anos, idades que foram registradas nas notificações.

Tabela 1 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Agudo, R01, período 2010-2019

	ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SG</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	<b>Nº de casos de SC</b>	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Faixa Etária da Mãe</b>											
	15 a 19 anos	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	<b>Escolaridade da Mãe</b>											
	5ª a 8ª série incompleta	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>											
	Branca	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>Condições clínicas</b>	<b>Realização de pré-natal</b>											
	Sim	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	<b>Parceiro tratado</b>											
	Sim	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	<b>* Nº de testes/gestante</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Salienta-se que, em toda a série histórica analisada, não há registros da realização de testes de sífilis por gestante, evidenciando-se a necessidade de um pré-natal mais qualificado.

Quando explorado o Quadro 7 (Apêndice A), observa-se que o PMS 2014-2017 deste município apresenta uma estrutura textual muito interessante, pois expõe a política ou programa realizados, as dificuldades encontradas em cada um e, logo, as estratégias adotadas para o combate dos mesmos.

A respeito do cuidado à gestante no Pré-natal (categoria 1), o documento apresenta bons diagnósticos, no entanto, quando o tema é o cuidado da gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), apresenta apenas a série histórica dos indicadores, sem nenhuma observação, além de mencionar sobre o cuidado ao parceiro (subcategoria 1.2).

Referente ao cuidado às IST (categoria 2), basicamente apresenta o mesmo texto em ambas as vigências, porém, no segundo documento traz maiores informações.

Quanto ao PMS 2018-2021, no cuidado à gestante no Pré-natal (categoria 1) o documento traz diversos indicadores e faz uma boa análise dos mesmos, o que, comparado ao PMS anterior, mostra uma expansão na escrita e estrutura textual.

Quando observado o cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), o plano destaca que não realiza testes rápidos em gestantes, embora no planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3) apresente duas ações voltadas à sífilis, uma delas sendo a realização de testes de sífilis em todas as gestantes. Também não há informações sobre o cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2).

Quanto à categoria do cuidado às IST's (categoria 2), continua executando ações com adolescentes, nas escolas, e com a população geral. Também apresenta diversas ações relacionadas ao cuidado com a gestante, puérpera e recém-nascidos.

Nota-se que o documento ainda segue a mesma proposta do anterior, levantamento do problema e proposta de soluções para tal, bem como apresenta um progresso na qualidade das informações citadas.

Salienta-se que ambos os documentos consideraram os problemas levantados na análise situacional (referentes às categorias 1 e 2) e os contemplam nas diretrizes, objetivos e metas (categoria 3), bem como a série histórica dos casos notificados de SG e SC foram considerados na elaboração do PMS. Contudo, ambos os PMS descrevem apenas o número de casos e não consideram o perfil sociodemográfico e/ou clínico desta adolescente.

Tabela 2 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Dilermando de Aguiar, R01, 2010-2019

	ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SG</b>	3	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0
	<b>Nº de casos de SC</b>	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Faixa Etária da Mãe</b>											
	40 anos ou mais	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	<b>Escolaridade da Mãe</b>											
	Ignorado	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>Condições clínicas</b>	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>											
	Branca	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>Condições clínicas</b>	<b>Realização de pré-natal</b>											
	Sim	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	<b>Parceiro tratado</b>											
	Não	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	<b>* Nº de testes realizados</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Conforme a portaria de consolidação nº 01/2017, observa-se, no Quadro 8 (Apêndice A), que o documento de vigência 2014-2017 não apresenta análise situacional ou informações sobre a saúde dos munícipes. Não há nenhuma informação referente ao cuidado à gestante no Pré-natal (categoria 1), cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1) e cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2), bem como sobre o cuidado em relação às IST's (categoria 2).

Ainda que o documento não informe sobre as necessidades de saúde da população, apresentou um delineamento sobre o planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3), ações de enfrentamento aos problemas, tais como: cadastramento, acompanhamento, tratamento e avaliação das gestantes, além do aconselhamento sobre as IST's às mulheres sexualmente ativas no município.

Na vigência de 2018-2021, observa-se expansão textual, ainda que pouco qualificada, com informações escassas. Prevê-se o aumento do número de testes de sífilis por gestante, contudo, em toda a série histórica não há registros da realização de testes de sífilis por gestante.

Verifica-se, também, que há poucas informações sobre o cuidado à gestante no Pré-natal (categoria 1) e não há citação quanto ao cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), bem como sobre o cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2).

No que se refere ao cuidado em relação às IST (categoria 2), o texto informa somente sobre o financiamento das ações do Programa da Vigilância Epidemiológica. Não há referência sobre os dois casos de sífilis gestacional no ano de 2016, apesar de apresentar metas na categoria do planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3).

Destaca-se a evolução estrutural e textual de uma vigência para outra, uma vez que o PMS 2018-2021 apresenta mais informações sobre as demandas de saúde da população. Da mesma forma, pode-se afirmar que não há nenhuma informação sobre os casos de SG ou SC nos PMS de ambas vigências, nem mesmo algum parâmetro para o município trazer como meta *“Aumentar para 80% a proporção de gestantes que realizam teste rápido para sífilis”*, ratificando, mais uma vez, que as metas previstas nos documentos não têm base nas necessidades de saúde da população em questão. Acrescenta-se, também, que em nenhuma vigência dos documentos foi informada ou considerada a série histórica dos casos de SG ou SC, bem como o perfil das condições sociodemográficas e clínicas

Tabela 3 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Formigueiro, R01, 2010-2019

	ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SG</b>	4	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1
	<b>Nº de casos de SC</b>	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Faixa Etária da Mãe</b>											
	30 a 39 anos	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	Ignorado	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	<b>Escolaridade da Mãe</b>											
	5ª a 8ª série incompleta	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	Médio Completo	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
<b>Condições clínicas</b>	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>											
	Branca	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
	<b>Realização de pré-natal</b>											
Sim	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
Não	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
<b>Parceiro tratado</b>												
	Não	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
	<b>* Nº de testes realizados</b>	<b>0</b>										

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Observa-se, conforme o Quadro 9 (Apêndice A), o PMS 2014-2017, embora de forma desordenada e com uma sequência textual inadequada, é possível identificar grande parte dos elementos de análise situacional e das diretrizes, objetivos e metas.

Quando são analisadas as categorias do cuidado à gestante no Pré-natal (categoria 1) e cuidado em relação às IST (categoria 2), verifica-se que o documento cita apenas os serviços prestados no município, não mostrando indicadores ou maiores informações sobre os temas. Também é de salientar que o documento não informou sobre os casos confirmados e notificados de SG e SC. Quanto ao cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1) e cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2), não há informações.

Destaque para uma das metas propostas na categoria de planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3), “*Manter e ampliar gradativamente a oferta de exames HIV e VDRL às gestantes*”, em toda a série histórica do município não há registros da realização de testes rápidos de sífilis por gestante, tampouco traz a análise situacional sobre o tema, contudo, planeja ações de enfrentamento à SG.

Quanto ao PMS 2018-2021, verifica-se que ainda, que este não segue uma sequência lógica, estrutural e textual, no entanto, é possível identificar os capítulos da análise situacional e das diretrizes, objetivos e metas previstas. Este documento não cita os três casos de gestantes com sífilis e dois casos de sífilis congênita notificados em 2015 e 2016, isto é, estes não foram considerados para elaboração do PMS.

Também, pode-se afirmar que há escassas informações sobre o cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1), uma vez que cita somente o conceito do programa SisPreNatal<sup>5</sup> e dois indicadores sobre o tema. Igualmente, não há informações sobre o cuidado à gestante em relação à SG e SC; cuidado ao parceiro em relação à SG e SC e cuidado em relação às IST's. Destaque para o número de testes rápidos de sífilis em gestantes, nulos em todos os anos da série.

Contudo, assim como alguns dos planos já estudados, o desta vigência planeja ações de cuidado às gestantes, conteúdo que pode ser visto no planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3).

Quando comparados, verifica-se que o PMS 2014-2017 apresenta, na categoria 3, quantidade maior de ações voltadas ao cuidado às IST's, já no documento de 2018-2021, há um

---

<sup>5</sup> O SisPreNatal é um software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Conforme nota técnica N° 19-SEI/2017, a partir de janeiro de 2017 as equipes iniciaram a inserção dos dados no e-SUS AB, deixando de abastecer o SisPreNatal.

melhor planejamento sobre o cuidado à gestante, ainda que não cite, em nenhum momento de sua análise situacional, às IST's, SC ou SG.

Tabela 4 - Número de testes de sífilis por gestante. Município de Ivorá, R01, 2010-2019.

Ano	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nº de testes realizados	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Ao examinar o Quadro 10 (Apêndice A), diferentemente dos demais PMS's, a estrutura do documento de 2014-2017 assemelha-se a um “roteiro”, à medida que apresenta frases para completar e orientações grifadas por subtítulo, como por exemplo, no texto sobre o CMS, *“Em...de...de.....é insttuído o Conselho Municipal de Saúde, através da Lei de criação.....”*, também, a exemplo da vigilância epidemiológica *“4.1- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: - Especificar a organização do Serviço de Epidemiologia ( nível central e na rede de assistência) - Descrição e análise do perfl da mortalidade geral, proporcional por faixa etária, sexo e grupos de causas mais frequentes - Descrição e análise do perfl da mortalidade infantil e por causas específicas”*<sup>6</sup>.

A maioria dos textos do documento informa apenas essas “orientações/roteiro”, sem nenhuma referência ou dado do próprio município. Também mostra muitos gráficos e tabelas em branco, títulos com fontes em vermelho, frases e dados incompletos, material e informações escassas, textos desordenados e uma sequência textual incompreensível.

Contudo, pode-se afirmar que, este documento não apresenta informações sobre o cuidado à gestante no Pré-natal (categoria 1), pois cita apenas o conceito do programa SisPreNatal, também não há indicações quanto ao cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2) e cuidado em relação às IST's (categoria 2). No entanto, informa ações de planejamento (categoria 3) sobre as categorias supracitadas, podendo-se afirmar que, certamente, não foram elaboradas com base na situação de saúde da população.

<sup>6</sup> A escrita foi transcrita do documento, optando assim, por manter suas características originais, principalmente da parte escrita.

A respeito do PMS 2018-2021, este apresenta, em seu sumário, dentre outras informações, o título: “*Estratégias, Metas e Ações, PPA e Protocolo Médico de Solicitação de Exames Complementares*”. O sumário informa que tais informações estariam no anexo, porém, no sistema pesquisado, tais documentos não foram encontrados, ou seja, não foi anexado o capítulo que corresponde às diretrizes, objetivos e metas.

Nesta vigência, não há informações sobre o cuidado à gestante em relação à SG e SC, o cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategorias 1.1 e 1.2) ou sobre o cuidado em relação às IST's (categoria 2). Destaca-se que, na série de 10 anos não há registros de casos notificados confirmados de sífilis em gestantes ou de sífilis congênita. Contudo, o número de testes ainda é insuficiente, considerando o número de registros de um total de cinco testes, um em 2017 e quatro no ano de 2019.

Ambos os planos destacam-se quanto à inexistência de informações sobre as necessidades de saúde da população, visto que, apenas descrevem os serviços prestados e os conceitos dos programas desenvolvidos no município. Os dados que informam sobre a saúde da população são referentes somente à população total, mortalidade e fecundidade do ano de 2010.

Tabela 5 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Pinhal Grande, R01, 2010-2019

	ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SG</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Nº de casos de SC</b>	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Faixa Etária da Mãe</b>											
	20 a 29 anos	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	<b>Escolaridade da Mãe</b>											
	Médio Incompleto	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
<b>Condições clínicas</b>	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>											
	Branca	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
<b>Condições clínicas</b>	<b>Realização de pré-natal</b>											
	Sim	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	<b>Parceiro tratado</b>											
	Ignorado	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	<b>* Nº de testes realizados</b>	5	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Consoante à Portaria de Consolidação nº 01/2017, a elaboração do plano de saúde deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando três grandes capítulos: análise situacional; diretrizes, objetivos e metas e monitoramento e avaliação. Visto isso, o PMS 2014-2017 apresenta, ainda que de forma desordenada e dados ultrapassados, o capítulo de análise situacional (capítulo I) e monitoramento e avaliação (capítulo III).

Conforme o Quadro 11 (Apêndice A), não existem informações sobre o cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2), bem como sobre o planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3). Aponta-se, ainda, para as séries apresentadas, visto que referem-se aos anos de 2004 a 2008, apresentando um espaço de tempo obsoleto de cinco anos, considerando que, o ano de elaboração do PMS foi 2013.

Salienta-se aqui a inexistência de registros, no sistema Sinan, de casos de sífilis em gestantes (Tabela 5), contudo, há um caso registrado de sífilis congênita no ano de 2013, levando o avaliador a inferir a subnotificação. Também, este caso de SC não foi mencionado no PMS.

O PMS 2018-2021 destaca-se em relação ao anterior, uma vez que, apresenta uma evolução textual e expõe claramente os três elementos propostos na Portaria de Consolidação nº 01/2017.

Também, o documento faz menção a uma sala de teste rápido, porém não descreve que tipos de testes são realizados nesta. Salienta-se que, em toda a série histórica (Tabela 5), há registros da realização de apenas cinco testes de sífilis por gestante, dois realizados em 2017, dois em 2018 e um no ano de 2019.

No capítulo da análise situacional, no gráfico que mostra a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal, é descrito que: *“Pinhal Grande apresentou um crescimento significativo em relação ao ano de 2016 para 2017, passando de 82,89% para 91,49%, como mostra o gráfico”*. Contudo, quando observa-se a categoria 3, de planejamento das ações/propostas de soluções, os valores são exatamente os mesmos dos anos de 2016 e 2017, considerando que a meta planejada é *“Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal de 82,98% para 92%”*.

Quanto ao cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2), não há informações.

Tabela 6 - Número de testes de sífilis realizado por gestante. Município de Quevedos, R01, 2010-2019

<b>Ano</b>	<b>Total</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Nº de testes realizados	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Não há registros de casos notificados confirmados de sífilis em gestantes ou de sífilis congênita. Em relação aos testes de sífilis por gestantes, o município registrou em toda série analisada um total de cinco testes, todos informados no ano de 2017.

No PMS de validade 2014-2017, os indicadores utilizados são dos anos de 2003 a 2008, sem nenhuma análise ou referência, apresentando uma lacuna de tempo de cinco anos, considerando o ano de elaboração do documento. Embora seja possível identificar os capítulos da análise situacional e diretrizes, objetivos e metas, o documento não apresenta uma estrutura textual uniforme, uma vez que, não há uma sequência lógica textual.

Quanto ao cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1), o documento menciona sobre as atividades desenvolvidas na SMS. Também expõe um quadro das notificações compulsórias do ano de 2009, mostrando nulo os casos de sífilis congênita no município naquele ano. Não há informações referentes ao cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2), cuidado em relação às IST (categoria 2) ou planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3).

O documento de vigência 2018-2021 apresenta destaque à medida que é um dos poucos PMS que menciona, o pré-natal do parceiro, tanto na descrição dos serviços prestados quanto nas ações de planejamento ao cuidado do parceiro. Também é o único plano que utiliza o termo “infecções sexualmente transmissíveis - IST” quando todos os outros documentos analisados, de ambas vigências e regiões de saúde, referem-se sobre “doenças sexualmente transmissíveis - DST”.

Embora no documento de 2018-2021 haja a previsão de “*Realizar teste rápido de sífilis, HIV, hepatite B e C, em 100% das gestante*”, o município apresentou registros de apenas cinco testes rápidos, todos no ano de 2017 e nenhum caso de SG ou SC.

Tabela 7 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de São Pedro do Sul, R01, 2010-2019

	ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SG</b>	8	0	1	1	2	1	0	0	1	1	1	
	<b>Nº de casos de SC</b>	9	1	1	-	1	-	2	1	1	2	-	
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Faixa Etária da Mãe</b>												
	15 a 19 anos	3	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	
	20 a 29 anos	4	-	1	-	-	-	1	-	1	1	-	
	30 a 39 anos	2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
	<b>Escolaridade da Mãe</b>												
	4ª série completa	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	5ª a 8ª série incompleta	2	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
	Fundamental Completo	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	Médio Incompleto	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
	Médio Completo	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	Ignorado	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>												
	Branca	7	1	1	-	1	-	1	-	1	2	-	-
	Preta	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	Parda	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
	<b>Condições clínicas</b>	<b>Realização de pré-natal</b>											
Sim		8	1	1	-	1	-	2	1	-	2	-	
Não		1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
<b>Parceiro tratado</b>													
Sim		6	0	1	0	0	0	2	0	1	2	0	
Não		3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	
	<b>* Nº de testes realizados</b>	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Embora o PMS 2014-2017 apresente grande parte das informações necessárias para elaboração do documento, não define com clareza os capítulos previstos pela Portaria de Consolidação nº 01/2017. Apresenta uma boa análise situacional (categoria 1 e 1.1), contudo, infere-se que o documento é burocrático, pois não menciona nem a escassez dos testes de sífilis realizados nem os oito casos de sífilis gestacional e os nove de sífilis congênita notificados. Isso significa que todas as gestantes infectadas deram à luz crianças com sífilis congênita,

concluindo-se, com isso, que o cuidado prestado no pré-natal não foi satisfatório. Ainda, quando observadas as condições clínicas destas puérperas, apenas uma das oito gestantes não realizou o pré-natal. Quanto aos parceiros, seis deles realizaram o tratamento.

Este PMS tem informações escassas referentes aos anos informados na análise, visto que estes deixam uma lacuna de tempo de quatro anos, considerando que o plano foi elaborado no ano de 2013. Este documento também não apresenta informações sobre cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2) e cuidado em relação às IST's (categoria 2). Quanto à categoria 3, apresenta: deficiências/problemas - soluções - interação com outros programas - metas e população alvo. Itens interessantes se fossem coerentes ao diagnóstico situacional, o que não é observado.

Quanto ao PMS 2018-2021, é possível identificar todos os capítulos propostos pela legislação vigente. Contudo, a qualidade de sua estrutura não parece evoluir, comparada ao documento de vigência anterior. Amplo destaque para o município em questão, visto ser o único que apresenta maior número de casos SC comparado ao número de casos de SG, bem como, ambos os documentos não citam, em nenhum momento, os casos de SG e SC notificados. Fica evidente que não há a identificação do problema, tampouco o planejamento específico para o combate à SG e SC.

### **Município de Silveira Martins**

Não há registros de casos notificados confirmados de sífilis em gestantes ou de sífilis congênita, bem como de testes de sífilis por gestantes em toda a série analisada do município de Silveira Martins.

Quando examinados os PMS's nota-se que todos os textos, de ambos os documentos, são exatamente os mesmos (Quadro 14, Apêndice A). Na análise situacional predominam os dados de 2006, 2007 e 2008, apresentando uma lacuna de tempo de cinco anos antes da elaboração do PMS 2014-2017 e nove anos antes do PMS 2018-2021. Nenhuma tabela apresenta descrição.

Ainda que os documentos não apresentem claramente os capítulos propostos na legislação, é possível identificar os tópicos de análise situacional e de diretrizes, objetivos e metas. Não há informação referente ao cuidado à gestante no Pré-natal (categoria 1), ao cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1) e ao cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2). Embora essas categorias não tenham sido sequer mencionadas nos

planos, na categoria 3, planejamento das ações/propostas de soluções, são traçadas ações de “enfrentamento” para as mesmas.

Sobre o cuidado em relação às IST's (categoria 2), pode-se dizer que o PMS 2014-2017 apresenta um bom diagnóstico, se não o duplicasse na vigência posterior. Fato que comprova que o município não elaborou o PMS 2018-2021 e, conseqüentemente, não avançou em nenhuma das ações propostas no PMS 2014-2017, corroborando com a afirmação de que não há modificações no planejamento da saúde do município para o período de oito anos.

Visto isso, pode-se discutir sobre a inexistência de casos de SG e/ou SC no município no Sinan, considerando que não há cuidado ou ações de monitoramento e planejamento para o público em questão.

Tabela 8 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Toropi, R01, 2010-2019

	ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SG</b>	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	<b>Nº de casos de SC</b>	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Faixa Etária da Mãe</b>											
	15 a 19 anos	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	<b>Escolaridade da Mãe</b>											
	5ª a 8ª série incompleta	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
<b>Condições clínicas</b>	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>											
	Branca	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
<b>Condições clínicas</b>	<b>Realização de pré-natal</b>											
	Sim	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	<b>Parceiro tratado</b>											
	Sim	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	<b>* Nº de testes realizados</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Considerando a Portaria de Consolidação nº 01/2017, e examinando o Quadro 15 (Apêndice A), o PMS 2014-2017 apresenta informações escassas quando trata-se da análise situacional (categorias 1 e 2), contudo, traz diversas estratégias e ações voltadas para tal, no

capítulo de diretrizes, objetivos e metas (categoria 3). Fato que vai de encontro com a lógica sequencial proposta nas legislações vigentes.

Em relação ao PMS 2018-2021, no que concerne às orientações de elaboração do plano, salienta-se que este documento apresentou grande avanço na qualidade das informações, bem como em sua estrutura textual. Também, todos os capítulos propostos na legislação estão bem definidos.

Há destaque para ambos os documentos, em virtude de apresentarem exatamente o mesmo texto referente ao cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1) e cuidado em relação às IST's (categoria 2). Na segunda vigência, apenas é acrescida a série histórica de nascimentos e a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.

Quanto ao cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), no PMS 2014-2017 não há informações e o PMS 2018-2021 expõe apenas o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, porém, em nenhum momento os documentos mencionaram os casos de SG e SC notificados no município. Ambos PMS não informam sobre o cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2).

Embora ambos os documentos tenham expostos praticamente os mesmos textos, estes diferem no planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3). Neste item, os dois PMS preveem ações de cuidado às gestantes, contudo, tratando-se de IST's, o PMS 2018-2021 prevê manter nulo os casos de sífilis congênita e, o plano anterior, previa a realização de palestras nas escolas.

Tabela 9 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Vila Nova do Sul, R01, período 2010-2019

ANO		Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SG</b>	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Nº de casos de SC</b>	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Faixa Etária da Mãe</b>											
	30 a 39 anos	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Escolaridade da Mãe</b>											
	5ª a 8ª série incompleta	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Condições clínicas</b>	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>											
	Amarela	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Condições clínicas</b>	<b>Realização de pré-natal</b>											
	Sim	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Parceiro tratado</b>											
	Não	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>* Nº de testes realizados</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Constatou-se que os PMS (Quadro 16, Apêndice A) das duas vigências apresentam textos idênticos, assim como a mesma série histórica (2008-2012), o que revela não haver alterações no planejamento da saúde para um período de oito anos. Com isso, pode-se afirmar que o documento 2018-2021 não foi elaborado e sim copiado da vigência anterior, sendo modificado apenas a data de vigência. Dessa forma, a análise de um implica na análise do outro.

Ambos os PMS apresentam informações sobre todas as categorias abordadas nesta pesquisa, sendo o único município que faz referência ao Plano de Enfrentamento ao HIV e à sífilis congênita, onde ressalta que *“todos os municípios deverão realizar o diagnóstico da sífilis congênita e HIV em gestantes e parceiros, através do teste rápido”*. Contudo, em toda série histórica, Tabela 9, não há registros da realização de testes de sífilis por gestante. Os documentos também não fazem referência aos casos de SG e SC notificados.

#### 4.2 MUNICÍPIOS DA REGIÃO ENTRE RIOS

A estimativa populacional da Região 02 - Entre Rios - para o ano de 2020, conforme IBGE, era de 122.645 habitantes, destes, 61.973 são mulheres (IBGE, 2020). Os municípios que atenderam aos critérios de inclusão, representam uma população total de mulheres de 50.683, sendo que, destas, 37% apresentam idades de 15 a 49 anos. Salienta-se que o maior município da R02, Santiago, correspondeu aos critérios de inclusão e por esse motivo a região apresenta uma maior representatividade comparada a R01.

Tabela 10 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Cacequi, R02, período 2010-2019

	ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	<b>Nº de casos de SG</b>	11	2	1	0	0	1	0	2	4	1	0
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SC</b>	4	1	-	-	-	1	-	-	2	-	-
	<b>Faixa Etária da Mãe</b>											
	10 a 14 anos	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	20 a 29 anos	3	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-
	<b>Escolaridade da Mãe</b>											
<b>Condições sociodemográficas</b>	5ª a 8ª série incompleta	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	Médio Completo	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
	Ignorado	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>											
	Branca	3	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-
	Parda	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	<b>Realização de pré-natal</b>											
<b>Condições clínicas</b>	Sim	4	1	-	-	-	1	-	-	2	-	-
	<b>Parceiro tratado</b>											
	Sim	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	Não	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Ignorado	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>* Nº de testes/gestante</b>	71	0	0	0	0	0	0	1	69	1	0

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Na série analisada, ocorreram 11 casos de sífilis gestacional, sendo a maioria registrada no ano de 2017. Quanto à realização do pré-natal e ao tratamento do parceiro, observa-se que todas as gestantes realizaram o pré-natal, enquanto apenas dois parceiros foram tratados.

Verificou-se, no Quadro 17 (Apêndice B), informações contraditórias e desencontradas no documento de vigência 2014-2017, referente à categoria do cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1). O plano enfatiza a importância do sistema de informação sispre natal e informa

que este estava desatualizado. Porém, no mesmo texto, afirma que no ano de 2013 a base de dados “*já está atualizada*”, indo de encontro ao que foi anteriormente afirmado e também à citação “*estamos atualizando o sis-prenatal*”. Ainda, na mesma redação, descreve que a “*política*” de rede cegonha está ativa no município. Ou seja, não é possível identificar o nível de implantação ou desenvolvimento dos processos de saúde que o município encontrava-se naquele período.

Quando examinada a subcategoria do cuidado à gestante em relação à SG e SC, o plano faz referência somente à realização de testes rápidos, realizados pelo Hospital Municipal. Não descreve nenhuma informação sobre as ações desencadeadas ou perfil dessas gestantes, em ambas as vigências estudadas, bem como não considera os casos de SC ou SG na elaboração deste documento.

Na categoria do cuidado em relação às IST’s, novamente coloca como referência para os testes rápidos o Hospital Municipal e enfatiza que o município disponibiliza maior acesso da população aos preservativos. Não há informações referentes ao cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2), tampouco às diretrizes, objetivos e metas (categoria 3).

O PMS 2018-2021, também no quadro 17, expõe, na categoria do cuidado à gestante no pré-natal, o objetivo de “*implementar a rede de atenção materno-infantil*” e mostra o indicador de percentual de nascidos vivos por número de consultas de pré-natal dos anos de 2010-2014, ainda que não informe a situação atual de tal indicador. Além disso, afirma que aderiu à rede cegonha, contudo, não faz nenhuma referência ao ano desta adesão, visto que no plano da vigência anterior afirma que “*A política de rede cegonha está ativa no município, sendo estruturado no início de 2013 o sis-prenatal*”.

Não há menção sobre o cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), bem como os casos notificados de SG e SC não foram considerados para elaboração do documento. Também não há referência sobre o cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2). No cuidado em relação às IST’s (categoria 2), há descrição das ações desenvolvidas. A respeito da categoria do planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3), o documento mostra ações referentes ao cuidado ao parceiro, gestantes, puérperas, crianças e população em geral.

Há uma passagem deste documento que merece destaque: o texto refere-se ao município de “Londrina”. Constatou-se que muitas informações não condizem com os dados do município analisado, o que nos leva a deduzir que o documento teve outro como base, como ainda, plagia alguns dados deste. Outra questão importante é a desatualização das informações, visto que, a maioria destas são do ano de 2010 a 2014, deixando uma lacuna de tempo de três anos sem

informações.

Tabela 11 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Itacurubi, R02, período 2010-2019.

	ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SG</b>	4	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0
	<b>Nº de casos de SC</b>	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Faixa Etária da Mãe</b>											
	20 a 29 anos	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	30 a 39 anos	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Escolaridade da Mãe</b>											
	5ª a 8ª série incompleta	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
<b>Condições clínicas</b>	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>											
	Branca	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	<b>Realização de pré-natal</b>											
Sim	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
<b>Parceiro tratado</b>												
Não	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<b>* Nº de testes realizados</b>												
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

O PMS de vigência 2014-2017, encontrado no Quadro 18 (Apêndice B), não apresenta informação sobre as categorias estudadas, tampouco analisa a situação de saúde dos municípios. Pode-se dizer que, refere parcialmente objetivos e ações, o que poderia pertencer a categoria 3, contudo, nada sobre as categorias estudadas, o que impossibilita traçar um planejamento adequado e de qualidade para as ações de saúde do município em questão.

No PMS de vigência 2018-2021, também no Quadro 18, referente ao cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1) e cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), descreve os dados e traz indicadores sobre estes temas, bem como considerou em sua análise situacional os casos notificados de SG e SC. Verificou-se que, no ano de 2017, o município

apontou um caso notificado, contudo, no sistema oficial do MS não há registros de casos de SG.

Também, não há informações quanto ao cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2) e, no que se refere à categoria do cuidado em relação às IS's (categoria 2), o plano faz menção a apenas uma frase, sem maiores explicações ou diagnóstico do “problema”, sendo impossível identificar o significado.

Quanto ao planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3), há referência à meta de acompanhamento das gestantes. Contudo, não traça nenhuma ação em relação à demanda, podendo-se afirmar que, os problemas levantados na análise situacional (referentes às categorias 1 e 2 e subcategorias 1.1 e 1.2) não foram contemplados nas diretrizes, objetivos e metas (categoria 3).

No decorrer dos 10 anos, foram notificados quatro casos de sífilis gestacional no município, um no ano de 2010 e três no ano de 2016. Quanto aos casos de sífilis congênita, foram registrados dois casos, um no ano de 2010 e um em 2014. Em toda a série histórica não há registros da realização de testes de sífilis por gestante.

Tabela 12 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Jaguari, R02, período 2010-2019.

	ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SG</b>	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	<b>Nº de casos de SC</b>	2	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Faixa Etária da Mãe</b>											
	15 a 19 anos	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
	20 a 29 anos	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	<b>Escolaridade da Mãe</b>											
	5ª a 8ª série incompleta	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	Ignorado	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>											
Branca	2	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	
<b>Condições clínicas</b>	<b>Realização de pré-natal</b>											
	Sim	2	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
	<b>Parceiro tratado</b>											
Não	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
	<b>* Nº de testes realizados</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Na série analisada ocorreram dois casos de sífilis gestacional no município, um no ano de 2014, e um no ano de 2017. Quanto aos casos de sífilis congênita, foram registrados também dois casos, um em 2015 e outro em 2017, podendo-se inferir que o cuidado prestado às gestantes não foi eficiente, visto que ambas realizaram o pré-natal.

Verificou-se que os planos analisados (Quadro 19, Apêndice B) apresentam exatamente o mesmo conteúdo textual. Porém, no PMS 2018-2021 todos os dados foram atualizados, como a série histórica dos indicadores e a data da última conferência de saúde.

Quanto às categorias analisadas, ressalta-se que não há nenhuma informação referente ao cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1) e cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2). Também não há menção, em nenhum momento do texto, sobre os dois casos de sífilis gestacional e os dois casos de sífilis congênita notificados antes da elaboração do PMS 2018-2021.

Destaque para os textos das categorias do cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1), cuidado em relação às IST's (categoria 2) e planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3), uma vez que, foram redigidos de forma que não foi possível identificar o propósito dos mesmos. Na categoria 3, ainda apresenta texto vago e as ações traçadas não expõem maiores informações.

Tabela 13 - Série histórica de casos notificados de SG e número de testes de sífilis realizados no período. Município de Nova Esperança do Sul, R02, período 2010-2019.

ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Nº de casos de SG</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
<b>* Nº de testes realizados</b>	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Na série analisada ocorreram três casos de sífilis gestacional no município, um no ano de 2017 e dois em 2019. Quanto aos casos de sífilis congênita, não há registro de casos. Quanto ao número de testes rápidos, observa-se que há apenas um registro no ano de 2015.

Aponta-se que, ambos os planos analisados são praticamente os mesmos, Quadro 20 (Apêndice B). Quanto ao cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1), os planos explanam sobre a disponibilidade de medicamentos e mostram um único indicador do ano de 2011, deixando, uma lacuna de tempo de atualização, de seis anos para a última vigência.

No cuidado em relação às IST's (categoria 2) mantém-se com o mesmo conteúdo, contudo, no PMS 2018-2021 há informação sobre o ano de 2011 (oito anos antes da elaboração do PMS), quando foram implantados, em toda APS, os testes rápidos de sífilis no município. Enfatiza-se aqui, que tal informação não foi descrita no PMS anterior.

Não há nenhuma informação referente às subcategorias 1.1 e 1.2, cuidado à gestante em relação à SG e SC e cuidado ao parceiro em relação à SG e SC. Ainda que o município tenha notificado três casos de SG e apenas um teste de sífilis em gestante em toda sua série histórica, este não menciona sobre, em ambos os textos. Mas o PMS 2018-2021 afirma que irá realizar testes rápidos de sífilis em 100% das gestantes.

Observa-se que a diferença entre os planos apresenta-se no planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3), onde o PMS 2014-2017 enfatiza a continuação dos grupos e atendimentos às gestantes, além da implementação da rede cegonha através da meta de testes rápidos de HIV e o documento de 2018-2021 afirma o cuidado da gestante quanto à prevenção de SG e SC, ainda que em sua análise situacional tal demanda não tenha sido abordada.

Tabela 14 - Série histórica de casos notificados de SG e SC; condições sociodemográficas e clínicas de puérperas que conceberam crianças infectadas; número de testes de sífilis realizados no período. Município de Santiago, R02, período 2010-2019

	ANO	Total	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<b>Casos notificados</b>	<b>Nº de casos de SG</b>	84	0	3	4	4	5	6	14	18	19	11	
	<b>Nº de casos de SC</b>	27	-	-	-	4	-	3	8	5	2	5	
<b>Condições sociodemográficas</b>	<b>Faixa Etária da Mãe</b>												
	15 a 19 anos	10	-	-	-	2	-	1	3	2	-	2	
	20 a 29 anos	13	-	-	-	1	-	2	5	2	1	2	
	30 a 39 anos	3	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	
	40 anos ou mais	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
	<b>Escolaridade da Mãe</b>												
	5ª a 8ª série incompleta	7	-	-	-	2	-	1	1	-	1	2	
	Fundamental Completo	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	Médio Incompleto	5	-	-	-	1	-	-	1	2	-	1	
	Médio Completo	5	-	-	-	-	-	-	3	1	1	-	
	Superior Incompleto	3	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	
	Superior Completo	2	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	
	Ignorado	3	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	
	<b>Raça ou Cor da Mãe</b>												
	Branca	26	-	-	-	4	-	3	7	5	2	5	
	Parda	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
	<b>Condições clínicas</b>	<b>Realização de pré-natal</b>											
Sim		25	-	-	-	4	-	2	7	5	2	5	
Não		2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	
<b>Parceiro tratado</b>													
Sim		10	0	0	0	1	0	0	5	3	0	1	
Não		15	0	0	0	3	0	3	2	1	2	4	
Ignorado	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0		
	<b>* Nº de testes realizados</b>	460	0	0	0	0	26	19	0	71	0	344	

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Na série analisada, ocorreram 84 casos de sífilis gestacional, sendo os maiores números registrados nos últimos quatro anos da série. Referente aos casos de sífilis congênita, foram registrados 27 casos, com destaque para os anos de 2016, 2017 e 2019. Se considerarmos somente os números de casos, pode-se afirmar que 68% das gestantes obtiveram a cura. A partir destes casos, foram analisadas as condições sociodemográficas destas gestantes, são elas: em relação à faixa etária, predomina idade entre 15 e 29 anos, com escolaridade variada e raça branca.

No que corresponde às condições clínicas destas puérperas quanto à realização do pré-natal e ao tratamento do parceiro, aponta-se que 25 das gestantes realizaram o pré-natal, dez parceiros realizaram o tratamento, 15 não realizaram e 2 tiveram essa informação nos registros ignorada. Em toda a série histórica foram registrados 460 testes de sífilis por gestante.

Quanto aos documentos analisados, Quadro 21 (Apêndice B), o PMS 2014-2017 contempla informações sobre o cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1) e cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1). Neste, o documento afirma que no ano de 2011 foram implantados testes rápidos de sífilis em toda a APS, contudo, ao observarmos a série histórica deste município, há escassos registros, bem como os casos notificados de SG e SC, que não foram considerados para elaboração do PMS. Também, nesta vigência, não há informações sobre o cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2).

No que toca ao cuidado em relação às IST's (categoria 2), o PMS apresenta tabela dos anos de 2009 a 2012, e faz referência aos incentivos recebidos pelo Programa DST/AIDS, regulamentado pela resolução nº 430/2018. A resolução em questão, orienta as ações de vigilância, prevenção e controle das IST's, HIV/Aids e Hepatites Virais do Estado. Contudo, tais ações não estão detalhadas em nenhum dos PMS deste município.

Em relação ao PMS 2018-2021, observa-se que não há consideráveis diferenças, comparado à vigência anterior, quanto ao cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1). Acerca do cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), cita o número de casos de SG e SC, bem como afirma ter um crescente neste número. Contudo, os dados não conferem com os casos notificados no sistema oficial, uma vez que, são menores que o número de casos que o documento afirma existir. No tocante ao cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2), afirma que a prevenção do número de casos de SG e SC depende de um pré-natal qualificado e o tratamento do parceiro.

No que diz respeito ao cuidado em relação às IST's (categoria 2), o documento não apresenta informações, a não ser na categoria 3, planejamento das ações/propostas de soluções, fato que vai de encontro ao processo de planejamento a partir das necessidades de saúde da



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

\* Fonte: Portal BI Gestão Municipal.

Na série analisada, ocorreram 21 casos de sífilis gestacional no município. Apenas no ano de 2012 não foram registrados casos, contudo, neste mesmo ano, foram notificados dois casos de SC. Pode-se deduzir que, neste município, o pré-natal foi eficiente na maioria dos casos, visto o número de mulheres contaminadas e o número de casos de SC.

Quanto às categorias analisadas, observadas no Quadro 22 (Apêndice B), o PMS de vigência 2014-2017 não apresenta informações sobre a subcategoria 1.2 e a categoria 2, ainda que traga ações de enfrentamento às IST's na categoria 3. Ainda assim, apresenta uma qualificada análise situacional quando refere-se ao cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1). Quanto ao cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), menciona que não houve casos de SC, contudo, em sua série histórica, até o ano de 2013, foram notificados seis casos de SG e dois casos de SC.

Sobre o planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3), o documento expõe diversas ações, fato que aponta que as demandas elencadas na análise situacional (referentes às categorias 1 e 2 e subcategorias 1.1 e 1.2), foram contempladas nas diretrizes, objetivos e metas (categoria 3).

O documento 2018-2021 apresenta qualificada estrutura textual, informa as necessidades de saúde da população e todo diagnóstico do perfil da mesma, facilitando assim, o processo de planejamento de ações em saúde, bem como de enfrentamento dos problemas de saúde do município. Ainda, apresenta uma grande evolução na qualidade das informações dispostas, sendo um dos planos mais completos. Mostra dados sobre o cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1), o cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), e o cuidado em relação às IST's (categoria 2). Também, observa-se que considerou em sua análise situacional os casos notificados de SG e SC.

No planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3), verifica-se que os temas abordados na análise situacional (referentes às categorias 1 e 2 e subcategorias 1.1 e 1.2), foram contemplados nas diretrizes, objetivos e metas (categoria 3) e que, embora não tenha informações sobre o cuidado ao parceiro em seu diagnóstico, traça ações para a prevenção de casos e cuidado ao companheiro no pré-natal.



## 5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O Plano de Saúde tem como um dos principais objetivos identificar as demandas de saúde de uma determinada população adscrita, elencando seus problemas a partir de uma análise situacional e, assim, auxiliar o secretário da saúde a traçar ações de enfrentamento das demandas do território (BRASIL, 2011, 2016).

A importância de descrever o diagnóstico local é imprescindível para iniciar a elaboração do PMS, uma vez que, através deste, é possível sistematizar as informações necessárias para desencadear o processo lógico sequencial de planejamento em saúde e, conseqüentemente, qualificar o cuidado à população de cada território. Conhecer as necessidades de saúde da população é o primeiro passo para priorizar as intervenções da gestão local.

### 5.1 SÉRIE TEMPORAL

Inicialmente foi apresentada a série histórica do número de casos notificados confirmados de SG e SC no período de 2010 a 2019, no sentido de conhecer o comportamento deste indicador e relacioná-lo com o cuidado em saúde praticado nos municípios. Ao examinar as séries temporais, é possível conhecer a realidade local e interpretar fatores que possam interferir sobre os dados requeridos, apoiando assim, as decisões dos gestores locais na tomada de decisão e possíveis medidas de combate frente aos cenários apresentados (ANTUNES; CARDOSO, 2015).

Logo, sabe-se que o abastecimento, correto e completo, dos sistemas de informação em saúde (SIS), especialmente das doenças de notificação compulsória, como é o caso da sífilis, facilita, ao gestor e suas equipes, um planejamento coerente com o perfil epidemiológico da população. Em vista disso, enfatiza-se aqui, a importância dos SIS como ferramenta de apoio fundamental para o registro, a análise, o monitoramento e a avaliação dos indicadores e serviços de saúde.

Ao examinar a série histórica, do número de casos notificados confirmados de sífilis em gestantes e sífilis congênita no período de 2010 a 2019, em referência aos municípios da região Verdes Campos, verificou-se que, no ano de 2016 foram notificados mais casos do que nos demais anos, tanto de SG quanto de SC. Também observou-se que, em todos os anos analisados, houve casos de SG, contudo, apenas nos anos de 2012 e 2014 não foram registrados casos de SC.

Igualmente, quando atentou-se para a série dos municípios da região Entre Rios, constatou-se um aumento considerável de casos, tanto de SG quanto de SC, nos anos de 2016 em diante, atingindo seu pico no ano de 2017. Houve casos de SG em todos os anos da série e, apenas no ano de 2011, não houve casos de SC. Destaque para os municípios de Santiago e São Francisco de Assis, uma vez que foram os que obtiveram menor número de casos de SC em relação ao número de casos de SG. Tal fato nos leva a inferir que o cuidado às gestantes destes municípios é melhor e mais qualificado se comparados aos demais. Além disso, são os únicos municípios de ambas as regiões de saúde que dispõem de um serviço especializado na saúde materno-infantil.

Quanto às condições sociodemográficas das puérperas que conceberam crianças infectadas, foram pesquisadas as seguintes variáveis: idade, raça e escolaridade. Tais variáveis influenciam diretamente no planejamento de ações e estratégias apropriadas para determinado público-alvo, além de serem importantes no reconhecimento dessas mulheres quanto à prevenção da SG e SC, a fim de tentar estabelecer uma comunicação mais eficiente, entre equipes assistenciais, gestores e gestantes, facilitando, assim, a definição de um planejamento estratégico específico às demandas de saúde deste grupo, neste caso, mulheres brancas, jovens e com baixa escolaridade.

Emergiram-se, na região Verdes Campos, quanto à faixa etária das mães das crianças, um igual percentual na idade de 15-19 anos e 20-29 anos, totalizando 63% (31,5% de cada faixa etária). Referente à escolaridade materna, observa-se que 38% possuem da 5ª a 8ª série incompleta. Em relação à raça/cor das mães, 81% são da raça branca. Quando examinada a região Entre Rios, o cenário não é diferente, 48% são mulheres com idade de 20-29 anos e 30% têm entre 15 e 19 anos. Quanto à escolaridade, 30% das mães têm da 5ª a 8ª série incompleta e, em relação à raça, 95% são da raça branca.

Pode-se afirmar que, o perfil das gestantes dos municípios da 4ª CRS elencados para a pesquisa, converge com o perfil das mães das crianças notificadas com sífilis congênita no estado do RS, dado que, 54% tem idade de 20 a 29 anos, 23% possuem da 5ª a 8ª série incompleta e 63% são da raça branca (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Complementarmente, quanto às condições clínicas das puérperas que conceberam crianças infectadas, foram consideradas as variáveis: realização do pré-natal, tratamento do parceiro e número de testes de sífilis realizados no período. É fato que, conhecer as condições clínicas dessas mulheres é fundamental para identificar a realidade local, avaliar a situação presente, os serviços de saúde prestados, os pontos críticos e as ações de enfrentamento necessárias para a resolução do problema.

A partir disso, verificou-se que a maior parte das mulheres com sífilis realizou pré-natal, sendo 88% da região Verdes Campos e 95% da região Entre Rios. Já o tratamento do parceiro é realizado em 50% dos casos na região Verdes Campos, e em 37% na região Entre Rios. Esta variável apresentou grande número de informações ignoradas, em ambas as regiões de saúde.

Sabe-se da importância da realização do pré-natal na detecção precoce de patologias maternas e fetais. Com isso, Araújo e Souza (2020) afirmam que ações de prevenção, diagnóstico oportuno e tratamento das IST's são fundamentais para a qualidade do pré-natal e redução dos casos de transmissão vertical, bem como propicia a redução de riscos à gestante e um desenvolvimento saudável à criança.

Uma pesquisa realizada em maternidades no estado do Ceará revelou que grande parte dos parceiros de gestantes com sífilis não realizam o tratamento da doença por diversos motivos: desconfiança do diagnóstico, ausência de sintomas e medo de injeção. Também, nesta mesma pesquisa, constatou-se que a gestante optou por não falar sobre o diagnóstico para seu parceiro por medo da violência, separação e conflitos (CAMPOS *et al.*, 2012).

Tanto no pré-natal da gestante quanto do parceiro, o diagnóstico oportuno para detecção de sífilis, através dos testes rápidos, é fundamental para a redução da transmissão vertical. Esse cuidado compete à APS, sendo que a sífilis é uma doença sensível à APS, ou seja, evitável. A sífilis tem um diagnóstico simples e tratamento eficaz, não sendo necessário, se tratada adequadamente, acessar outros níveis de atenção. Contudo, salienta-se que o tratamento de gestante e parceiro ocorra concomitantemente, caso contrário, a gestante pode ser reinfectada (BRASIL, 2015, 2019).

Quanto ao número de testes realizados na região Verdes Campos, verifica-se que foram realizados apenas 17 testes rápidos de sífilis em gestantes para 2880 partos (BI, 2020). Destaca-se os municípios de Ivorá, Pinhal Grande e Quevedos que, em sua série histórica não apresentam notificações de casos de sífilis em gestantes, bem como de sífilis congênita nos dez anos analisados. Além disso, cada um dos três municípios apresentou, exatamente, cinco testes rápidos em gestantes. O município de Silveira Martins é o único da região que não notificou casos, bem como não realizou testes rápidos em toda sua série histórica. Além destes, também o município de São Pedro do Sul apresentou, em sua série histórica, oito casos de sífilis em gestantes e nove casos de sífilis congênita e apenas dois testes rápidos nos dez anos observados.

Quando são examinados os municípios da região de saúde Entre Rios, o número de testes é maior, sendo realizados um total de 533 testes para 10.530 partos (BI, 2021). Observa-se que, nos municípios de Itacurubi e São Francisco de Assis não há registros de testes rápidos

e os municípios de Jaguari e Nova Esperança do Sul têm em seus registros apenas um teste cada um.

Embora os municípios da região Entre Rios testem mais gestantes do que os municípios da região Verdes Campos, ambas as regiões apresentam números insuficientes (senão insignificantes e inadmissíveis) de testes. Teixeira (2010) coloca que a falha na cobertura esteja relacionada a problemas de origem organizacional, já que, em alguns lugares, pode não haver a oferta do exame.

É fato que o MS preconiza, através de diferentes legislações e protocolos, pelo menos dois exames VDRL durante o pré-natal da gestante. Também, no momento do parto, esta deve ser novamente testada, uma vez que possibilita ao recém-nascido, caso a mãe esteja infectada, o tratamento precoce (BRASIL, 2015, 2016).

Mediante o exposto, pode-se afirmar que, não são solicitados, nem ao menos um dos dois testes rápidos preconizados durante o pré-natal e/ou estes não estão registrados nos SIS. Fato que expõe um pré-natal inadequado, falho ou inexistente, ratificando a negligência da gestão frente às gestantes do seu município. Ainda, constatou-se que, em ambas as regiões de saúde, houve um crescimento no número de casos notificados no ano de 2016, tanto de SG quanto de SC, quando comparado aos demais anos. Este fato pode estar relacionado a fatores como: desabastecimento de penicilina G<sup>7</sup>, ausência de testagem, além do pobre planejamento quanto ao combate à infecção.

## 5.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

### 5.2.1 Análise dos quadros dos textos apresentados nos PMS de vigências 2014-2017 e 2018-2021 da região Verdes Campos e Entre Rios

Na Portaria de Consolidação nº 01/2017, está explícito que o PMS deve ser elaborado a partir das necessidades de saúde da população, ou seja, a partir de uma qualificada análise situacional é possível identificar as demandas de cada território e assim definir as estratégias de enfrentamento destas. Assim, o quarto objetivo deste estudo trouxe a proposta de compreender

---

<sup>7</sup> Entre os anos de 2014 e 2017 houve um desabastecimento nacional de penicilinas, em decorrência da falta da matéria-prima. No ano de 2015 o MS divulgou uma nota informativa que recomendava o uso exclusivo de penicilina G benzatina para o tratamento de gestantes com sífilis e da penicilina cristalina apenas para crianças com sífilis congênita. Em março do ano de 2016, o desabastecimento de penicilina G benzatina atingiu 61% dos estados brasileiros, enquanto a penicilina cristalina atingiu 100% dos estados (BRASIL, 2015, 2016; CARDOSO *et al.*, 2017).

como a sífilis gestacional e, conseqüentemente, a congênita são discutidas nos PMS de vigências 2014-2017 e 2018-2021, seja do ponto de vista da análise da situação de saúde, seja na formulação das diretrizes, objetivos e metas.

Claramente, os documentos de ambas vigências não fazem grandes referências as categorias e subcategorias do estudo. Não há mudanças consideráveis de uma vigência para outra, bem como, os municípios de Silveira Martins e Vila Nova do Sul apresentam exatamente o mesmo texto em ambas vigências e, o município de Toropi, traz precisamente o mesmo texto ao que se refere às categorias 1 e 2.

Verifica-se que, os PMS dos municípios de Dilermando de Aguiar, Ivorá, Quevedos e Toropi, referentes à vigência 2014-2017 e o PMS do município de Formigueiro de vigência 2018-2021, apresentam, em seus documentos, trechos idênticos, o que pode induzir a compra ou até mesmo o plágio de tais documentos.

O padrão da região Verdes Campos repete-se na região Entre Rios, uma vez que não há grandes diferenças entre as vigências analisadas, bem como as subcategorias 1.1 e 1.2 são as que menos foram citadas. Destaca-se, por não apresentar nenhuma informação na análise situacional, o PMS de vigência 2014-2017 do município de Itacurubi. Ainda, os PMS dos municípios de Jaguari e Nova Esperança do Sul, o primeiro, por apresentar exatamente o mesmo texto em ambas vigências e o segundo por apresentar, pontualmente, o mesmo texto quanto a categorias 1 em ambas vigências.

### **5.2.2 Cuidado à gestante no Pré-natal (categoria 1)**

O cuidado da mulher no período gestacional, afirma Soares (2014), inclui a promoção da saúde, a prevenção de patologias, bem como o tratamento de problemas que possam ocorrer neste período, parto e pós-parto. Com isso, é de salientar que, este cuidado deve ser prestado no âmbito da APS, sendo este nível desenvolvido quase que exclusivamente com recursos de baixa complexidade, capaz de compreender e dispensar todos os cuidados necessários à gestante de risco habitual, que é o caso da sífilis em gestantes.

Nos quadros elaborados através dos textos apresentados nos PMS de vigências 2014-2017 e 2018-2021, verifica-se que, dois documentos desta região apresentaram o mesmo conteúdo, tanto na primeira quanto na segunda vigência analisada, confirmando que a análise situacional, as diretrizes, objetivos e metas e o processo de monitoramento e avaliação, previstos em lei, não foram modificados em um período de oito anos. Fato que sobressai ao

processo de planejamento na saúde, estabelecido desde 1980 e ratificado em diferentes legislações até os dias atuais (SALIBA *et al.*, 2013; TEIXEIRA, 2010).

Ao analisarmos os PMS 2014-2017 (Apêndice A) da região Verdes Campos, na categoria do cuidado à gestante no pré-natal (categoria 1), observou-se que apenas dois municípios (Dilermando de Aguiar e Silveira Martins) não fazem menção sobre o tema. Enquanto, na região Entre Rios, apenas um documento (Itacurubi) não registra informações sobre esta categoria.

Já nos planos de vigência 2018-2021 da região 01, constata-se que o documento da cidade de Silveira Martins continua não fazendo nenhuma menção sobre o cuidado prestado à gestante, comparado a vigência anterior. Quanto à região Entre Rios, todos os PMS fazem alusão ao tema, o que, de certo, mostra uma evolução na conscientização da gestão e equipe gestora sobre a importância do cuidado à gestante.

Assim, pode-se afirmar que, a grande maioria dos documentos estudados, de ambas as regiões, fazem alusão ao cuidado às gestantes no pré-natal. Considerada uma rede prioritária, a rede cegonha é uma das mais organizadas nas três esferas de gestão, à medida que apresenta uma maior preparação no âmbito dos fluxos de atendimento e protocolos instituídos, alocação de recursos, indicadores, monitoramento, entre outros. Fato que pode favorecer, aos gestores, a aproximação e o reconhecimento quanto ao cuidado deste público alvo.

### **5.2.3 Cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1)**

No tocante à gestante com risco habitual, como é considerada a gestante com sífilis, os cuidados também devem ser realizados na APS, uma vez que a sífilis gestacional é passível de diagnóstico, tratamento e cura no nível primário da atenção (TEIXEIRA, 2010; MACÊDO *et al.*, 2020)

Quando analisamos o cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), dos PMS 2014-2017 da R01, os documentos que não mencionam tal cuidado são cinco: Dilermando de Aguiar, Formigueiro, Ivorá, Silveira Martins e Toropi. Contudo, se considerarmos os planos dos municípios, ainda desta vigência, que trazem apenas a série histórica dos casos notificados de SC e/ou SG, sem nenhuma descrição ou análise, somam-se os cinco municípios restantes (Agudo, Pinhal Grande, Quevedos, São Pedro do Sul e Vila Nova do Sul), expondo assim, todos os municípios da região Verdes Campos.

Quando nos remetemos à região Entre Rios, ainda nos PMS 2014-2017, são três os documentos que não mencionam este cuidado: Itacurubi, Jaguari e Nova Esperança. Mas se

considerarmos os planos dos municípios que trazem apenas a série histórica dos casos notificados de SC e/ou SG, o documento de São Francisco de Assis também é assinalado.

Nos PMS de vigência 2018-2021, da região 01, apenas o município de Agudo faz alusão ao cuidado à gestante em relação à SG e SC (subcategoria 1.1), bem como considera sua série histórica para elaboração do documento. Contudo, se considerarmos os planos dos municípios que trazem apenas a série histórica dos casos notificados de SC e/ou SG, sem nenhuma análise ou qualquer informação, somam-se mais quatro: Pinhal Grande, São Pedro do Sul, Toropi e Vila Nova do Sul.

Na região Entre Rios, os PMS de Cacequi, Jaguari e Nova Esperança do Sul não apresentam, em seu conteúdo, nenhuma informação sobre tal categoria.

Pode-se afirmar que o cuidado à gestante em relação à sífilis não é abordado em grande parte dos PMS. Também, há mínima diferença na alusão ao tema, entre ambas regiões e vigências analisadas, corroborando com a inferência da pesquisadora, visto que, uma das justificativas desta pesquisa foi baseada nas falhas na elaboração dos instrumentos obrigatórios de gestão, ou seja, muitos PMS não abrangem as reais necessidades de saúde da população.

#### **5.2.4 Cuidado ao parceiro em relação à SG e SC (subcategoria 1.2)**

Considerando a importância do pré-natal na prevenção de doenças materno e infantil, destaca-se aqui, que este não é um assunto exclusivo deste público. O homem também é parte integrante e fundamental nesse processo. Sabe-se que o pré-natal masculino é oferecido aos homens pelo SUS e este inclui diversos exames, principalmente de doenças que podem ser transmitidas para a criança. Campos et al. (2012) afirmam que há poucos estudos sobre os parceiros em relação à sífilis, sendo, o não tratamento, considerado fator fundamental para o crescente número de SG e SC.

Contudo, inclui-se aqui a análise da subcategoria 1.2, cuidado ao parceiro em relação à SG e SC, onde verificou-se, nos documentos da região Verdes Campos, vigência 2014-2017, que apenas Vila Nova do Sul faz alusão ao tema. Enquanto na região Entre Rios, nenhum PMS menciona sobre o cuidado do parceiro.

Nos planos de vigência 2018-2021, apenas dois municípios da região Verdes Campos fazem tal menção: Quevedos e Vila Nova do Sul. Logo, na região Entre Rios, apenas um município (Santiago) cita o cuidado ao parceiro no que tange à SC e SG.

A maioria dos documentos de ambas regiões e vigências não fazem alusão ao cuidado do parceiro no pré-natal, fato que certamente é determinante para o aumento do número de

casos. Ainda, salienta-se que as publicações acerca do cuidado do parceiro no pré-natal não são deficientes, este cuidado já é preconizado há anos pelo SUS e deve ser melhor difundido nos territórios e entre os gestores, para melhor identificação e planejamento de ações de enfrentamento a essas demandas.

### 5.2.5 Cuidado em relação às IST's (categoria 2)

No tocante à categoria do cuidado em relação às IST's (categoria 2), observou-se que, nos documentos de vigência 2014-2017, os municípios de Dilermando de Aguiar, Ivorá, Quevedos e São Pedro do Sul, da região Verdes Campos, não fazem nenhuma referência às IST's, bem como os dois PMS da região Entre Rios (Itacurubi e São Francisco de Assis). Contudo, ainda na R02, se considerarmos os documentos onde não é possível identificar o conteúdo, onde apresentam apenas o nome “*Programa de controle DST<sup>8</sup>/HIV*”, bem como o número de atendimentos DST/AIDS sem ano específico, os documentos dos municípios de Jaguari e Nova Esperança do Sul somam-se a lista, totalizando quatro, dos seis documentos da R02 estudados nesta vigência.

Quanto à análise dos planos de vigor 2018-2021, da região Verdes Campos, oito municípios mencionam sobre as IST's, sendo que, Formigueiro e Ivorá não contemplam tal informação. Em contraponto, na região Entre Rios, o PMS de Santiago é o único da região que não menciona nada sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Mediante o exposto, é lamentável que este tema não esteja entre as prioridades em grande parte dos PMS. Pode-se afirmar que, a identificação e o combate às IST's é de fundamental importância e deve sim, estar contemplada nos PMS, visto que estão entre os problemas de saúde de maior impacto sobre o SUS. Uma pesquisa realizada em parceria entre o MS e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirma que as infecções sexualmente transmissíveis afetam a qualidade de vida da população e que, apenas no ano de 2019, aproximadamente 1 milhão de pessoas, com 18 anos ou mais, afirmaram ter diagnóstico médico de IST (BRASIL, 2021).

---

<sup>8</sup> A denominação Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) foi substituída, através do Decreto nº 8.901/2016, pela terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), este foi adotado pelo MS ao passo que é o termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos principais órgãos competentes no campo. Observou-se que, apenas um dos documentos de ambas regiões de saúde se remete ao termo IST, todos os outros planos, ainda que elaborados no ano de 2017, ainda utilizam a denominação DST.

### **5.2.6 Planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3)**

O planejamento das ações/propostas de soluções (categoria 3) condiz com o segundo capítulo estabelecido pela Portaria Consolidação nº 01/17, o capítulo de diretrizes, objetivos e metas do PMS. Somente após o reconhecimento das necessidades de saúde da população de cada território é possível traçar ações com o intuito de resolver, amenizar ou anular os problemas elencados.

Assim, pontua-se, nos documentos da região Verdes Campos de vigência 2014-2017, dois municípios que não apresentam nenhuma ação/proposta de soluções em seus PMS, Pinhal Grande e Quevedos. Ademais, ainda nesta vigência, porém em relação aos documentos da região Entre Rios, igualmente dois municípios não apresentaram nenhuma informação sobre esta categoria, Cacequi e Itacurubi. Os demais PMS, de ambas regiões, citaram pelo menos um objetivo, meta ou ação referente a alguma categoria e/ou subcategoria da pesquisa.

Nos planos de vigor 2018-2021, apenas o documento do município de Ivorá (R01) não menciona ações ou estratégias a serem executadas para os quatro anos de gestão. Todavia, na região Entre Rios, todos os municípios contemplam, em seus PMS, pelo menos um objetivo, meta ou ação de planejamento referente a alguma categoria e/ou subcategoria da pesquisa.

### **5.2.7 Planejamento das ações/propostas de soluções relacionadas às categorias e subcategorias específicas**

Ainda, quando observada a categoria 3, porém, na perspectiva da lógica sequencial e estrutural do planejamento em saúde, entende-se que, as demandas que foram elencadas a partir da análise situacional (categorias 1 e 2 e subcategorias 1.1 e 1.2) devem ou deveriam ser trazidas na categoria 3. Esta categoria trata do planejamento propriamente dito, ou seja, de ações planejadas e desencadeadas de acordo com as necessidades de saúde e que serão executadas nos próximos quatro anos de gestão.

Assim, atentou-se para aqueles municípios da região Verdes Campos com documentos de vigor 2014-2017, que buscam planejar ações para o enfrentamento dos problemas levantados na análise situacional de cada PMS. Verificou-se que os municípios de Pinhal Grande e Quevedos não fazem alusão ao cuidado à gestante no Pré-natal (categoria 1). Já na região Entre Rios, estão os documentos de Cacequi e Itacurubi que não estabelecem ações referentes à categoria 1.

Quanto às ações planejadas referentes às subcategorias 1.1 e 1.2, ainda nos documentos de vigência 2014-2017, observou-se que, sete dos 10 documentos (Agudo, Dilermando de Aguiar, Ivorá, Pinhal Grande, Quevedos, São Pedro do Sul e Toropi) não trouxeram, em seu planejamento, alguma ação sobre o cuidado à gestante em relação à SG e SC, bem como sobre o cuidado ao parceiro em relação à SG e SC. Ainda, quanto a região Entre Rios, verificou-se que, quatro dos seis documentos (Cacequi, Itacurubi, Jaguarí e Nova Esperança do Sul) não apresentaram, em seu planejamento, ações sobre os temas das subcategorias 1.1 e 1.2.

Tratando-se do planejamento das ações referentes às IST's (categoria 2), três documentos da região Verdes Campos (Pinhal Grande, Quevedos e Vila Nova do Sul) não estabelecem ações de planejamento quanto às infecções supracitadas. Registra-se que, na região Entre Rios, três dos seis PMS (Cacequi, Itacurubi e Nova Esperança do Sul) também não trazem nenhum planejamento referente às IST's em seu território.

Em relação aos PMS de vigência de 2018-2021 da região Verdes Campos, destaca-se a inversão do cenário comparado aos planos da vigência anterior, uma vez que, apenas um documento da R01 não planeja ações referente ao cuidado à gestante no pré-natal (Ivorá). No que tange a subcategoria 1.1, os municípios de Formigueiro, Ivorá e São Pedro do Sul não contemplam, em seus documentos, ações de enfrentamento à sífilis gestacional e congênita. Na subcategoria 1.2, apenas o documento de Quevedos prevê ações para o cuidado ao parceiro.

Quanto observados os documentos 2018-2021 da região Entre Rios, no planejamento direcionado à subcategoria 1.1, três documentos não apresentam ações (Cacequi, Itacurubi, Jaguarí). Quanto a subcategoria 1.2, apenas o documento de São Francisco de Assis planeja ações de cuidado ao parceiro. No tocante ao planejamento referente à categoria 2, o panorama volta a se agravar na R01, visto que, oito documentos não citam ações de planejamento referente às IST 's, sendo apenas os PMS de São Pedro do Sul e Silveira Martins que preveem ações referentes à esta categoria. Na região 02, apenas o município de Itacurubi não cita ações referentes às infecções sexualmente transmissíveis.

É possível afirmar que, muitos PMS não contêm informações mínimas sobre seu território na análise situacional (categoria 1 e 2 e subcategorias 1.1 e 1.2), no entanto, conseguem traçar um planejamento para os próximos quatro anos de gestão. Diferentemente, também existem documentos que realizam um bom levantamento dos problemas do território e das necessidades de saúde da população, contudo, não são capazes de relacioná-los e elaborar ações de planejamento para enfrentá-los. Ambas fragilidades apresentam-se na grande maioria dos PMS das duas vigências e regiões de saúde.

### 5.3 PROPOSTA ÀS INSTITUIÇÕES

Considerando as evidências encontradas nesta pesquisa, aliadas ao fato do ano de 2021 ser de elaboração de PMS (sendo estes válidos do segundo ano do atual governo ao primeiro ano do próximo governo, ou seja, 2022-2025), torna-se relevante apresentar propostas de institucionalização de processos que compreendam tanto o trabalho da 4ª CRS, enquanto instituição apoiadora loco-regional de saúde, quanto das SMS, responsáveis pelos serviços e ações de saúde no município.

Neste intuito, a fim de fortalecer o planejamento loco-regional e apoiar os gestores municipais de saúde a (re) conhecer seu território, bem como traçar ações necessárias para o combate de doenças que poderiam ser evitadas, a exemplo da sífilis gestacional e sífilis congênita, propôs-se uma *Agenda Regional de Planejamento em Saúde - Instrumentos de Gestão - 2021-2024* (quadro 6) e um *Guia prático de análise situacional para elaboração de planos municipais de saúde* (Apêndice C).

A agenda e o guia serão apresentados e pactuados em CIR, a fim de legitimá-los como apoio institucional da 4ª CRS no processo de planejamento loco-regional, auxiliando no aprimoramento de novos mecanismos, na aproximação dos gestores e servidores da própria SMS e SES, tal como na criação de outras estratégias que surgirem a partir de cada necessidade municipal.

Os encontros propostos pela agenda pretendem desenvolver as potencialidades e ampliar o conhecimento dos gestores e suas equipes, assim como dos demais atores envolvidos no processo de gestão. Também visa apoiar o gestor municipal nos quatro anos de gestão, não apenas na elaboração do PMS, mas também nos instrumentos decorrentes dele, a PAS, os relatórios de gestão e a pactuação interfederativa de indicadores.

Quadro 6 - Proposta de Agenda Regional de Planejamento em Saúde - Instrumentos de Gestão - 2021-2024

<b>2021-2024</b>	<b>1º ano de gestão</b>	<b>2º ano de gestão</b>	<b>3º ano de gestão</b>	<b>4º ano de gestão</b>
Fev./Mar.	Ajuste/Pactuação Interfederativa	Ajuste/Pactuação Interfederativa	Ajuste/Pactuação Interfederativa	Ajuste/Pactuação Interfederativa
Mar./Abr.	Construção PMS 2022-2025	Avaliação e ajuste do PMS	Avaliação e ajuste do PMS	Avaliação e ajuste do PMS
Abr.	Construção da PAS 2022-2025	Ajuste da PAS	Ajuste da PAS	Ajuste da PAS
Jan./Abr./Ago.	Elaboração Relatórios de Gestão			
Mai./Jun./Jul./Ago./Set./Out.	Encontro de apoio aos gestores, equipes e CMS (grupos pequenos ou individual)	Encontro de apoio aos gestores, equipes e CMS (grupos pequenos ou individual)	Encontro de apoio aos gestores, equipes e CMS (grupos pequenos ou individual)	Encontro de apoio aos gestores, equipes e CMS (grupos pequenos ou individual)

Fonte: Elaboração própria

O Guia prático de análise situacional para elaboração de planos municipais de saúde é complementar a agenda. Este guia foi extraído da análise de diferentes referências e pretende uniformizar a linguagem para os municípios pertencentes à região administrativa da 4ª CRS. A base para elaboração foi a Portaria de Consolidação nº 1, de 28/09/2017, que consolida todo o arcabouço legal relacionado às normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS, como também as leis orgânicas nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

A proposta, neste período de pandemia, é a realização de encontros online com a participação das duas regiões de saúde. Após este período, serão realizados encontros presenciais, estes serão divididos em quatro grupos e duas etapas, os grupos serão divididos em R01 - dois grupos de municípios e SM e R02 - todos municípios da região. Tal divisão ocorre em razão do número populacional de cada território.

A elaboração do PMS será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando os três grandes capítulos: I - análise situacional; II - definição das diretrizes,

objetivos, metas e indicadores; e III - o processo de monitoramento e avaliação. Neste guia, será tratado somente do capítulo I. Análise Situacional, primordial para os demais capítulos.

Para iniciar a elaboração do PMS é fundamental realizar a análise situacional, que, conforme a portaria de consolidação nº 01/2017, pode ser dividida em:

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

Contudo, além dos itens supracitados, também serão consideradas outras informações relevantes e peculiares de cada município. Salienta-se que, cada município possui autonomia para definir as linhas gerais do processo de elaboração do seu PMS, consoante aos princípios e diretrizes adotadas na legislação e normas do SUS, bem como nas singularidades do território e deliberações de cada CMS.

Considerando que o planejamento no SUS não deve ser algo inerte, estático e burocrático, repensar a maneira de elaborar o PMS, juntamente com todos atores envolvidos, através do PES, é a lógica mais adequada para a construção deste instrumento, visto que este método reconhece os sujeitos que vivem a realidade que se quer planejar, a influência e a necessidade da participação destes no processo de planejamento (MATUS, 2005).

Contudo, será proposto e pactuado em CIR as seguintes etapas:

#### MOMENTO EXPLICATIVO

- Definição do Grupo de Trabalho (GT) para elaboração do PMS
  - SMS e 4ªCRS
    - Participação de atores de diferentes áreas: profissionais da SMS: APS e atenção especializada; profissionais de outras secretarias (planejamento, finanças); prestadores (representantes do hospital, centro de atendimento); representantes do CMS e demais representantes comunitários; servidores de diferentes áreas técnicas da CRS.
- Alinhamento de conhecimento
  - Oficina sobre os principais sistemas de informação, indicadores, ambiental, socioeconômico, demográfico, saúde, entre outros;

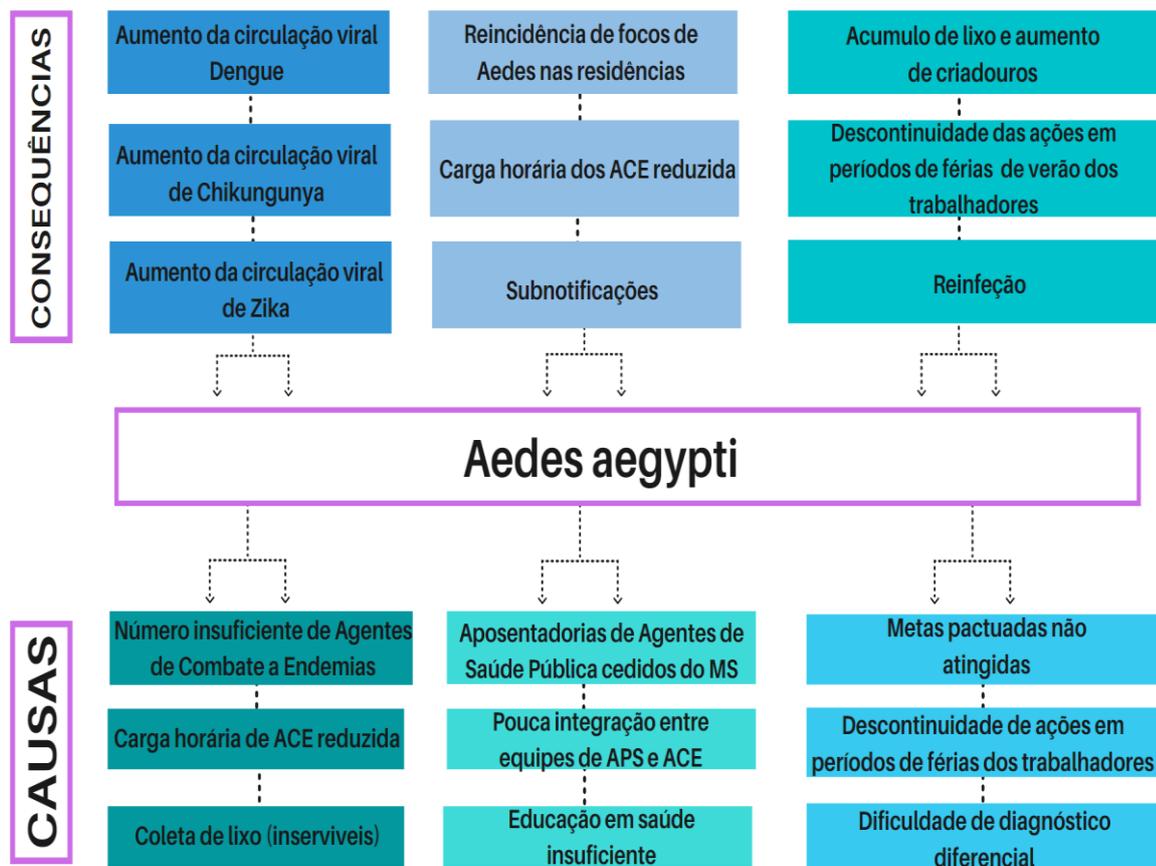
- Leitura de documentos anteriores:
  - Demandas da última conferência e dos últimos PMS, PAS, RAG, PPA, LOA, LDO e prioridades de campanha;
- Definição do cronograma e metodologia de trabalho;
- Coleta de dados e análise da situação de saúde da população e território.

#### MOMENTO NORMATIVO:

- Identificação dos problemas e definição de prioridades;
- Elaboração de possíveis ações de enfrentamento.

Neste item, serão trabalhadas as prioridades de cada território. Será utilizada a metodologia da árvore de problemas, onde trata-se, a partir do problema central, as causas primárias e suas consequências. A exemplo da figura a seguir.

Figura 8 - Exemplo de Árvore de problemas



**MOMENTO ESTRATÉGICO:**

- Verificar a disponibilidade de recursos financeiros, interesses políticos e governabilidade de cada ator e/ou instituição;
- A partir da definição dos problemas, parte-se para o segundo capítulo do PMS, conforme a portaria de consolidação nº 1/2017, diretrizes, objetivos e metas. Este será trabalhado através de oficinas e encontros individuais, previstos na agenda (Quadro 6).

**MOMENTO TÁTICO OPERACIONAL:**

- Após os três momentos anteriores, a finalização e aprovação do PMS pelo CMS, este deve ser posto em prática. Contudo, o monitoramento e avaliação (terceiro capítulo do PMS) devem ser revistos frequentemente.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é um dos maiores e mais completos sistemas de saúde do mundo, compreendendo desde o nível primário até a alta complexidade. Contudo, ainda que pautado e fundamentado nos dispositivos legais, o seu processo de planejamento, principalmente no âmbito municipal, ainda pode ser considerado bastante incipiente, exigindo de seus gestores conhecimento amplo e expressiva atenção no cuidado à população.

É fato que, com a descentralização da saúde, os municípios ganharam destaque e autonomia na formulação e na execução das políticas públicas. Porém, ainda é necessário discutir como a política de saúde está sendo planejada, implementada e executada no território. Visto isso, este trabalho propôs-se, por meio de uma abordagem quantitativa-qualitativa, analisar como os gestores municipais de saúde da 4ª CRS vêm problematizando, nos PMS, a questão da sífilis gestacional e, conseqüentemente, da sífilis congênita, seja do ponto de vista da análise de situação de saúde, seja na formulação das diretrizes, objetivos e metas.

A partir das informações obtidas sobre as condições sociodemográficas e clínicas das gestantes que conceberam crianças infectadas e através das leituras minuciosas de cada documento, foi possível compreender de que forma são identificados e tratados os casos de SG e SC, bem como, as demais necessidades de saúde de cada território.

Foi possível constatar que, em referência aos documentos da região Verdes Campos, apenas 10% dos PMS 2014-2017 contemplaram questões relacionadas à SG e à SC, crescendo para 30% nos PMS 2018-2021. Já em relação aos PMS da região Entre Rios, na primeira vigência, 33% dos documentos contemplaram tais questões, aumentando para 67% na segunda vigência analisada.

Assim, evidenciou-se que as questões relacionadas à SG e SC ainda são pouco abordadas nos PMS de ambas as vigências das duas regiões de saúde. Quando expostas, são elaboradas de forma superficial e fragmentada. Fato que compromete o processo lógico sequencial do planejamento em saúde.

Compreendida a incipiente abordagem de uma infecção que é considerada epidêmica, no Brasil e no mundo, pode-se afirmar que grande parte dos secretários municipais de saúde, de ambas as regiões de saúde, não consideram a SG e a SC uma necessidade de saúde a ser vigiada e cuidada, uma vez que, poucos a identificam e/ou contemplam no principal documento de planejamento da saúde.

Deve-se destacar que, há sete anos, foi instituída, na 4ª CRS, a planificação da APS, um dos maiores processos de apoio à gestão e cuidado no território, relacionado com a rede

materno-infantil. Paralelamente, os municípios desta região administrativa recebem apoio técnico permanente da própria CRS, COSEMS, CONASEMS e CONASS, bem como, cotidianamente são divulgados e promovidos, tanto pelo MS quanto pela SES, dispositivos de apoio técnico e gerencial, que norteiam e apoiam as decisões dos gestores da saúde. Ainda assim, verifica-se que o cenário atual dos municípios elencados para o estudo não reflete grandes mudanças quando analisamos o período dos últimos 10 anos, revelando que todos esses esforços não foram e ainda não são suficientes para reduzir o crescimento (ou ao menos impedir o avanço) do número de casos de SG e SC na 4ª CRS.

Outrossim, a análise dos PMS das vigências 2014-2017 e 2018-2021 permitiu apurar situações que merecem atenção e melhor direcionamento, como a existência de algumas incompatibilidades entre os casos registrados no Sinan e os dados primários informados nos PMS, inferindo registros incorretos ou até mesmo subnotificados; os PMS da R01 apresentaram: a) conteúdos idênticos entre documentos de diferentes municípios, b) PMS repetidos de uma vigência para outra, c) documento com dados ultrapassados, apresentando lacunas de tempo de até nove anos antes da data de elaboração, d) planos que não apresentam nenhuma informação sobre as categorias estudadas, e) disparidades entre o que é afirmado na análise situacional e o planejamento de ações, f) textos no corpo do documento que indicam um roteiro de elaboração, com frases para completar, tabelas, gráficos e quadros em branco. Nos PMS da R02 há: a) documentos com lacunas de tempo de três anos antes da data de elaboração, b) textos com conteúdos idênticos em ambas as vigências, c) utilização de dados de planos de saúde de municípios de outros estados, mostrando reprodução de informações de outra população.

Também, embora o objeto desta pesquisa seja oriundo do indicador da SG e SC, foi possível identificar que ainda há consideráveis fragilidades na elaboração dos PMS, visto que, grande parte dos documentos não identificam as necessidades de saúde da população, bem como não atendem a estrutura textual, incluindo a lógica sequencial do planejamento em saúde, propostas na Portaria de Consolidação nº 01/2017. Tais situações são extremamente preocupantes, levando à inferência de que o principal instrumento de gestão da saúde ainda é um documento estático, letárgico e burocrático.

Com isso, explicitou-se que não somente a SG e SC, bem como as patologias incidentes ou predominantes no território podem ser consideradas problemas e/ou desafios a serem enfrentados pela gestão municipal, mas também a ineficiência da administração pública e do controle social frente às suas atribuições e responsabilidades com a população a ser assistida.

Complementarmente, pôde-se compreender que os fatores observados pela pesquisadora, e trazidos na justificativa deste estudo, foram, de fato, identificados neste estudo e são determinantes nas falhas existentes nos PMS: a) gestores de saúde com desconhecimento técnico e teórico sobre o SUS, especialmente sobre os instrumentos de gestão; b) dificuldades na compreensão e manejo dos SIS e c) escassa participação na elaboração, bem como desconhecimento do controle social na avaliação e aprovação dos PMS. Tais itens, certamente afetam a qualidade dos documentos e contribuem para o retrocesso da institucionalização do planejamento no SUS.

Do mesmo modo, a terceirização dos PMS, PAS e relatórios de gestão, também trazida na justificativa desta pesquisa, foi observada na análise de alguns PMS. Fato que afeta a qualidade desses documentos e o processo de compreensão dos gestores e suas equipes sobre as necessidades e desafios a serem enfrentados no território. O PMS se constitui como uma ferramenta de transformação da realidade local, deve ser vivo, dinâmico, inventivo, podendo ser ajustado e implementado de acordo com as necessidades levantadas de cada local e, para tal, deve ser elaborado por pessoas que ali residem, pessoas que realmente conhecem o seu território.

É evidente a necessidade de prosseguir na procura de soluções para redução dos casos de SG e SC. Todavia, para isso, é necessário que os gestores locais compreendam a relevância desta situação em seu território, assumindo seu papel de responsável sanitário máximo e condutor das equipes de saúde no processo de preparação, organização e estruturação das ações de saúde no município. Também é necessário que a 4ª CRS aprimore as estratégias de comunicação e apoio institucional, conduzindo os gestores na construção de um instrumento que reflita as necessidades de saúde legítimas do território.

Assim, com o intuito de atender ao último objetivo desta pesquisa, bem como a um dos preceitos do curso de Pós-graduação de Gestão de Organizações Públicas, os produtos deste estudo terão aplicabilidade prática, com foco na melhoria do serviço público, transformando, assim, a realidade do planejamento loco-regional da região administrativa da 4ª CRS.

Como fragilidades/limitações deste estudo, aponta-se para a carência de estudos específicos referentes ao tema, tanto em evidências como em metodologias. Houve, também, dificuldade na utilização de dados secundários, considerando a qualidade das informações e a possibilidade de subnotificações e/ou dados incompletos, podendo encobrir o perfil epidemiológico da SG e SC dos municípios estudados.

Em relação ao seguimento deste estudo, entende-se que outras pesquisas devem ser realizadas (nestas e em outras regiões de saúde) com o propósito de analisar o impacto dos

produtos aqui apresentados, além de verificar se as dificuldades enfrentadas no processo de planejamento são similares ou são situações pontuais e representativas desta região administrativa.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, E. P. S. **O Plano municipal de saúde de um município do Estado do Tocantins: análise de coerência interna e externa**. Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Bahia, p. 109, 2016.
- ANDRADE, A. L. M. B. et al. Diagnóstico Tardio de Sífilis Congênita: Uma realidade na atenção à Saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, 2018. p. 376-381. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/YW89sPHsznkK7m7fwvBFXJn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 mar. 2019.
- ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v, 24, n. 3, p. 565-576, jul-set 2015.
- ARAÚJO, T. C. V.; SOUZA, M. B. Team adherence to rapid prenatal testing and administration of benzathine penicillin in primary healthcare. **Revista Escola Enfermagem**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019006203645>. Acesso em: 3 mar. 2020.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 2006. p. 81-111. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJJSQCfWSkPL/?lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2019.
- BAIÃO CAMPOS, A. L. **Os desafios nas entrelinhas: Análise do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita no Estado de Sergipe no contexto da Rede Cegonha**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312680t>. Acesso em: 21 mar. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.
- BARROS, F. P. C.; ALMEIDA, L. L. O planejamento em saúde no Brasil. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, 2017. p. 43-50. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt>. Acesso em: 22 de mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 25 fev. 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [Http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action](http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action). Acesso em: 25 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n. 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 25 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução Nº 258, de 07 de janeiro de 1991**.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Reedição da Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91. Resolução Nº 273, de 17 de julho de 1991**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 234, de 07 de fevereiro de 1992**. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 de fev. 1992. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234\\_07\\_02\\_1992.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf). Acesso em: 13 de nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de mai de 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-96). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 de nov. de 1996. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 13 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. **Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 de set. de 2000a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 13 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 2000b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 13 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão

do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 de Jan. 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 20 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>> Acesso em: 20 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.023, de 23 de setembro de 2004**. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mar. 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 20 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de fev. 2006a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 13 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de mar. de 2006b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 04 maio 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 75, de 18 de abril de 2008**. Publica a Lista Brasileira de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União 2008; 18 abr.

\_\_\_\_\_. 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. p. 318.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 20 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jan. 2012a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 18 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT n. 4, de 19 de julho de 2012.** Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Diário Oficial União, Brasília, DF, 20 Jul. 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.580, de 19 de Julho de 2012.** Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de Julho de 2012c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 20 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 5, de 19 de junho de 2013.** Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de junho de 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.135 de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: resultados e perspectivas.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015.** Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt\\_ist\\_10\\_2015\\_fina\\_2\\_pdf\\_15143.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_10_2015_fina_2_pdf_15143.pdf). Acesso em: 09 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS.** (Série articulação interfederativa). Fundação Oswaldo Cruz. 1º ed. Brasília, 2016. p. 138.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle

das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.501, de 28 de setembro de 2017.** Revoga as Portarias que menciona. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 set. 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 06, de 28 de setembro de 2017.** Dispõe sobre a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – 2017c. Disponível em: <[https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_6\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf)>. Acesso em: 02 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 37, de 22 de março de 2018.** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 mar. 2018a. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/juridico/13869>>. Acesso em: 16 de set. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Volume 49, Out. 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 02 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial.** Secretaria de Vigilância em Saúde Boletim Epidemiológico de Sífilis Ano V – nº 01 Out. 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em 06 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Digisus gestor - Módulo de planejamento: integração e transparência no Planejamento em Saúde.** 2019b. Disponível em: <<http://digisusgmp.saude.gov.br/>>. Acesso em: 09 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 44, de 25 de abril de 2019.** Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio de 2019c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde.** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/cerca-de-1-milhao-de-pessoas-contrairam-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-no-brasil-em-2019>>. Acesso em: 16 de julho de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial.** Secretaria de Vigilância em Saúde Boletim Epidemiológico de Sífilis. Ano VI – nº 01.

\_\_\_\_\_. Cerca de 1 milhão de pessoas contraíram infecções sexualmente transmissíveis no Brasil em 2019. **Gov.br**, 7 de maio de 2021. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/cerca-de-1-milhao-de-pessoas-contrairam-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-no-brasil-em-2019>. Acesso em: 15 out. 2021.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. p. 248.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. p. 133.

CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 871.

CARDOSO, A. et al. Desabastecimento da penicilina e impactos para a saúde da população. Salvador, BA: **Observatório de Análise Política em Saúde**; 2017. Disponível em: <<https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/desabastecimento-da-penicilina-e-impactos-para-a-saude-da-populacao/>>. Acesso em: 02 fev. 2020.

DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **Página inicial**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 09 jul. 2020.

DAMASCENO, A.B.A. et al. Sífilis na gravidez. **Revista HUPE**. 2014. v.13, n. 3, p. 88-94.

FARIAS, C. F. L. R.; MEDEIROS, J. S. Ocorrência de sífilis em gestantes nas macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, Brasil, de 2014 a 2018. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 15, n. 4, out/dez 2019. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/biofarm/article/view/5291>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

FELICIELLO, D. Aspectos conceituais e operacionais do planejamento em saúde com ênfase no sus. **Caderno de Pesquisa Nepp**, nº 90, Fev. 2021.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 1990. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000200003>. Acesso em 07 maio 2020.

\_\_\_\_\_. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, 1991. Vol.7 no.1.

HELDMAN, Kim. **Gerência de projetos: fundamentos**: um guia prático para quem quer ter certificação em gerência de projetos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

HUERTAS, F. **O método PES**: entrevista com Carlos Matus. São Paulo: Fundap, 1996.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. (Orgs.). Os caminhos do pensamento e a construção de uma trajetória. In: **Desafios do planejamento na construção do SUS**. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 17-28. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/w8k6j/pdf/jesus-9788523211769.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

JUNQUEIRA, L.P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: **Ciências Sociais e Saúde**, 1997. p.173-204.

KOCOUREK, S.; OLIVEIRA, J, L.; MELLO, A, L. **Caderno didático-pedagógico - Gestão de pessoas e sociedade**: Políticas Públicas de Saúde. Universidade Federal de Santa Maria, 2018. p. 60.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; FROZZA, K. M. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. **Revista de Administração. Pública**. Rio de Janeiro, p. 1059-1079, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/jnkPDCgfsgpPNLpVTKydyL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2020.

LACERDA, J. T. et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8LcWXZN33SQ5Kg9f5BfKX6x/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2020.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, 2001. p. 269-291.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000100155&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000100155&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 de fev. 2020.

MACÊDO, V. C. et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Caderno de Saúde Coletiva**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>. Acesso em 22 dez. 2020.

MAPELLI JUNIOR, R. **Avanços de Desafios do SUS na atualidade**. Disponível em: <[https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO\\_A\\_SAUDE-ART\\_16B.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_16B.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, DF: Instituto de Economia Aplicada, 1993.

\_\_\_\_\_. **Adeus, senhor Presidente. Governantes governados**. São Paulo: Edições Fundap, 1996.

\_\_\_\_\_. **Teoria do jogo social**. São Paulo: Fundap, 2005.

MAHMUD, I. C. et al. Sífilis Adquirida: Uma revisão epidemiológica dos casos em adultos e idosos no município de Porto Alegre/RS. **Revista de Epidemiologia Controle Infecção**. Santa Cruz do Sul, 2019. p. 177-184.

MAI, S. et al. O uso das tecnologias na democratização da informação em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. Vol. 6, N. 3. Setembro/ Dezembro. 2017. Disponível: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/287>. Acesso em: 26 dez. 2019.

MINTZBERG, H. **The rise and the fall of strategic planning**. New York: Free Press, 1994.

MONT'ALVERNE SILVA, C. R. A. Epidemiologia e Planejamento em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z, GURGEL, M. (Org.). **Revista Epidemiologia e Saúde**. 7 ed. Rio de

Janeiro: MedBook, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Pd4BXD9Y6J7t37XJFhDQb7s/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2021.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª ed. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-745037>. Acesso em: 27 jan. 2020.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re) significando os projetos curativos da enfermagem à luz das necessidades de saúde da população. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, 2012. p. 405-405. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/FHDj7hq56rTjLt9ppq9NLJZg/?lang=pt>. Acesso em: 25 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama.

**Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 26, n.1, p.141-154, 2017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902017000100141&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902017000100141&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 25 fev. 2020.

OUVERNEY, A. M; RIBEIRO, J. M; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2017. p. 1193-1207. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/yPgCpmw8dfRm3h93mFSzhxP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2020.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Tese. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2007. Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 144 p.

PEREIRA, B. S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde**. Vol.25, n.2, p.411-418, 2016.

PINAFO, E. et al. Gestor do sus em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Revista de Saúde Pública do Paraná**. Londrina, 2016. p. 130-137. Disponível em:

<http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/377>. Acesso em: 15 mar. 2020.

PINTO, A. L. O Planejamento Estratégico na Administração Pública Brasileira: rumos e perspectivas. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo, 1982. p. 4-13.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Julho. 2002.

\_\_\_\_\_. Informe Epidemiológico. Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul  
Coordenação Estadual de IST/Aids **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Sífilis no Rio Grande do Sul**. Nº 03, Outubro/2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 188/18 - CIB/RS**. Art. 1º - Aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado e a definição das Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul, de acordo com Anexo II desta Resolução. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170551/19115120-cibr188-17.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 022/19- CIB/RS**. Atualiza a nota técnica de atenção ao pré-natal na atenção básica no Rio Grande do Sul. Art. 2º - Subsidiar as equipes de Atenção Básica na perspectiva da qualificação da assistência pré-natal, através de definição de critérios para a estratificação de risco das gestantes e suporte para tomada de decisão clínica para as gestantes de risco habitual na Atenção Básica. Art. 3º - Alterar e publicizar o rol de exames preconizados pelo Ministério da Saúde como rotina no pré-natal de risco habitual. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201903/11090647-nt-pn-cib-22-19.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portal BI da Saúde Gestor Municipal**. Disponível em: <https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>. Acesso em: 25 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 55.718/21**. Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SALIBA, N. A. et al. Plano Municipal de Saúde: Análise do Instrumento de Gestão. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 224-230, Jan./Feb. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>> Acesso em 10 de jul. 2019.

SARACENI, V. et al. Mortalidade perinatal por Sífilis Congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública**. 2005. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2005.v21n4/1244-1250>. Acesso em: 05 maio 2021.

SINAN. **Sistema de Informação de Agravos De Notificação**. Casos confirmados Notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasil: Banco de Dados. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisgestantepb.def>. Acesso em: 20 out. 2019.

SONDA, E. C. et al. Sífilis Congênita: uma revisão de literatura. **Revista Epidemiologia Controle Infecção**. V.3, n.1, p. 28-30, 2013. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/sempesq/article/view/7200>. Acesso em: 05 maio 2020.

SOUZA, R. R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS. **Anais...** São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf). Acesso em: 05 out. 2019.

SOARES, D. A. **Modelo de gestão da atenção ao pré-natal no extremo-norte do Brasil**. Boa Vista, 2014.

SÃO PAULO. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Texto de difusão técnico-científica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Revista Saúde Pública**. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2020.

SMOLAK, A. et al. Trends and Predictors of Syphilis Prevalence in the General Population: Global Pooled Analyses of 1103 Prevalence Measures Including 136 Million Syphilis Tests. **Clinical Infectious Diseases, Oxford**. V. 66, n. 8, p. 1184-1191, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29136161/>. Acesso em: 02 nov. 2020.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde. **Saúde & Cidadania**. V. 2, p. 5-13, 1998.

TEIXEIRA, C. F. (Org.) **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. Gestão Municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 26, n1-2, p. 29-40, 2002. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/983>. Acesso em: 22 mar. 2020.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q.; ABREU DE JESUS, W. L. Proposta Metodológica para o Planejamento no Sistema Único de Saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (org.). **Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências**. Salvador, Ed. EDFUFBA, 2010. p.51-75.

**APÊNDICE A - QUADROS DE TRANSCRIÇÕES TEXTUAIS DOS PMS, DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE VERDES CAMPOS, DAS VIGÊNCIAS 2014-2017 E 2018-2021**

Quadro 7 - Transcrição textual dos PMS do município de Agudo, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: AGUDO	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
Análise Situacional	<b>Categoria 1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>	<p>No item do descritivo dos quantitativos de procedimento do ano de 2014 apresenta-se o total de 700 consultas de Pré Natal.</p> <p>Série de 2010-2014 do: <i>Percentual de Nascidos Vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação; Percentual de Nascidos Vivos de partos em mulheres com menos de 20 anos; Percentual de Nascidos Vivos de Partos Cesáreos -</i></p> <p>Na situação de programas/políticas de saúde</p> <p><i>“Programa das Gestantes, implantado com marcação de consultas periódicas e mensais, visando atingir no mínimo de 06 (seis) durante o Pré-Natal.</i></p> <p>Em relação a política da mulher: <i>“ As gestantes recebem todos os exames solicitados (laboratoriais e Ultra-Sonografia). Ainda com relação à gestante, há a indicação e o acompanhamento da vacina antitetânica, influenza e hepatite B; acompanhamento de Pré-natal de baixo risco e atividades educativas.”</i></p> <p>Em relação às dificuldades encontradas: <i>“Procura tardia para adesão ao Pré-Natal.”</i></p> <p>No item do programa de controle do tabagismo: <i>“município não aderiu ao Programa, mas futuramente é uma das prioridades. Os pacientes são orientados quanto aos malefícios provocados pelo uso do tabaco em todas as fases da vida, com atenção especial às gestantes e cuidados gerais com filhos e familiares de convívio diário.”</i></p>	<p>No item do descritivo dos quantitativos de procedimento, apresenta número de consultas de Pré Natal dos anos de 2013-2017.</p> <p>Série de 2010-2017 do: <i>Número de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal; Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar; Mortalidade infantil, fetal e materna; Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos; Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer;</i></p> <p><i>Número de óbitos em crianças por faixa etária e período (2013-2015)</i></p> <p><i>Não há demanda reprimida em Pré-natal de alto risco no ano de 2017.</i></p> <p>Em relação às dificuldades encontradas: <i>“Procura tardia para adesão ao Pré-Natal.”</i></p> <p><i>As gestantes e nutrizes devem ser inscritas no pré-natal e comparecer com o cartão de gestante as consultas nas unidades de saúde próximas à sua residência, seguindo o calendário do Ministério da Saúde. Outra exigência é a participação nas atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável.</i></p> <p><i>“O município realiza campanhas de conscientização para captação precoce de gestante, muitas vezes dificultada pela distância da população que reside no interior do município. Com a captação tardia, diminui-se o número de consultas , no entanto observa-se</i></p>

		Em relação às Condicionais na Saúde, o PMS traz: <i>“As gestantes e nutrizes devem ser inscritas no pré-natal e comparecer com o cartão de gestante as consultas nas unidades de saúde próximas à sua residência, seguindo o calendário do Ministério da Saúde”.</i>	<i>uma crescente no indicador de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal”.</i>
	<b>Subcategoria 1.1. Cuidado à gestante em relação à SG e SC</b>	<i>Casos notificados no SINAN (2010 a 2014) - Sífilis em Gestante e sífilis congênita (0 casos)</i>	<i>“De acordo com BI, não se encontra casos de sífilis congênita nos sistemas oficiais. Quanto à taxa de incidência de sífilis em gestante, há registrado um caso no ano de 2017 de um total de 149 nascimentos. Não se encontra registros da realização de testes rápido para sífilis em gestantes usuárias do SUS.”</i>
	<b>Categoria 2. Cuidado em relação às IST</b>	<p><i>“ São realizadas palestras nas escolas para adolescentes sobre DST/AIDS e Sexualidade, e/ou outros assuntos que forem solicitados pelos professores, tais como Gestaçã na Adolescência.”</i></p> <p>Em relação à assistência farmacêutica: <i>“Medicamentos e insumos para anticoncepção e Programa DST/AIDS.”</i></p> <p>No que tange às dificuldades encontradas na Política de controle de DST/HIV/AIDS: <i>“Persistência da mentalidade errônea dos chamados “grupos de risco”; Desconhecimento por parte da população em relação à interiorização da epidemia, agregado a tabus e preconceitos; Dificuldade de aceitação do diagnóstico acarretando disseminação do vírus; Resistência masculina ao uso do preservativo e passividade feminina perante a negativa de proteção; Acentuada demora quando da necessidade do serviço de referência.”</i></p>	<p><i>Quanto à aquisição de medicamentos o método utilizado para a programação de compras é através de consumo histórico pelo sistema informatizado SEPIN, onde são adquiridos: ... Medicamentos e insumos para anticoncepção e Programa DST/AIDS...</i></p> <p>Na área de Saúde do Adolescente: <i>“Também são realizadas palestras nas escolas para adolescentes sobre DST/AIDS e Sexualidade, e/ou outros assuntos que forem solicitados pelos professores, tais como Gestaçã na Adolescência.”</i></p> <p>Em relação à Política de controle de DST/HIV/AIDS no que tange às dificuldades encontradas: <i>“Persistência da mentalidade errônea dos chamados “grupos de risco; Desconhecimento por parte da população em relação à interiorização da epidemia, agregado a tabus e preconceitos; Dificuldade de aceitação do diagnóstico acarretando disseminação do vírus; Resistência masculina ao uso do preservativo e passividade feminina perante a negativa de proteção; Acentuada demora quando da necessidade do serviço de referência; no caso o Hospital Universitário de Santa Maria, que devido ao grande número de pacientes, tem dificultado o acesso em cerca de 30 dias.”</i></p>

<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>Categoria 3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>	<p><i>“Incentivar a adesão ao Pré-Natal, junto aos Grupos de Trabalhadoras Rurais, bem como do Grupo de Mães do Centro de Referência Social (CRAS)”</i></p> <p><i>Proporcionar atendimento específico em saúde bucal a população feminina, incluindo gestantes e puérperas.</i></p> <p>Em relação à Política de controle de DST/HIV/AIDS, no que tange os objetivos: <i>“No momento em que a epidemia da AIDS em nosso país passa por um processo de feminização, interiorização e pauperização, atingindo cada vez mais pessoas que têm muitos de seus direitos restringidos, é importante pensarmos como serão formuladas e implementadas as Políticas Públicas, levando em conta essa realidade, portanto, os objetivos que norteiam essas ações são:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Reduzir a incidência de infecção pelo HIV/AIDS e por outras DST;</i></li> <li>• <i>Ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência melhorando sua qualidade no que se refere ao HIV/AIDS;</i></li> <li>• <i>Fortalecer as instituições públicas e privadas no controle das DST AIDS;</i></li> <li>• <i>Promover a adoção de práticas seguras em relação as DST;</i></li> <li>• <i>Promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV/AIDS;</i></li> <li>• <i>Aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do HIV/AIDS;</i></li> <li>• <i>Promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de DST à assistência de qualidade;</i></li> <li>• <i>Reduzir a morbi-mortalidade decorrente das DST e da infecção pelo HIV;</i></li> <li>• <i>Assegurar o acesso ao diagnóstico laboratorial das DST e da infecção pelo HIV;</i></li> <li>• <i>Promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão do HIV.</i></li> </ul> <p>No que tange as metas: <i>Campanhas por intermédio da mídia impressa e rádio, e intervenções educativas trabalhando atitudes e valores relacionados à auto-estima e à conscientização sobre o risco da população; Elaboração de materiais educativos e informativos, buscando atingir os diferentes</i></p>	<p>Quanto ao capítulo de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores: -</p> <p><i>“Orientar gestantes sobre a necessidade de medidas preventivas durante a gravidez para uma melhor saúde bucal para a mãe e bebê;</i></p> <p><i>-“Aumentar em 5% a realização de partos normais, através da sensibilização das gestantes para a importância e os benefícios do parto normal, através dos profissionais que realizam o pré-natal.</i></p> <p><i>-“Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas para 70% do total de gestantes, através da busca ativa, cadastrar e encaminhar as gestantes ao primeiro atendimento pré-natal e sensibilização da gestante quanto a importância das consultas e exames de pré-natal para a saúde dela e do bebê.</i></p> <p><i>- Manter os índices de óbitos maternos zerados.</i></p> <p><i>-”Manter zerado o índice de a mortalidade infantil, através de ações de o registro e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de todas as crianças. Fortalecer nas gestantes a importância do pré-natal realizando o mínimo de 7. Profissionais das UBS, ESF, ACS e Centro de Saúde Municipal Estadual consultas e todos os exames e vacinação solicitados.</i></p> <p><i>-”Realizar no mínimo dois testes de sífilis por gestante. Realizar testes de sífilis nas gestantes, sendo um logo no primeiro trimestre e outro no último trimestre de gestação.</i></p> <p><i>-”Manter zerado o índice de sífilis congênita, através de ações Realizar os testes de sífilis em 100% das gestantes. Proporcionar 100% de cura havendo casos de sífilis em gestantes ou em crianças. Campanhas informativas através da mídia local, folders e cartazes.</i></p>
--------------------------------------	--	---	--

	<p><i>grupos sociais, estimulando-os a adotar práticas que reduzam a transmissão do HIV/AIDS; Orientações quanto ao uso de preservativos e seringas descartáveis; Capacitação de recursos humanos, Intensificar as orientações sobre “Sexo Seguro (DST/HIV/AIDS) junto à rede de ensino.</i></p> <p><i>DIRETRIZES, ANÁLISE GERAL DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E METAS A SEREM ALCANÇADAS: Interação das Instituições de Saúde, com o Sistema Judiciário, Conselho Tutelar, Organizações Não Governamentais (ONGs) e outras, para que sejam asseguradas em todos os locais de atendimento, ações efetivas de atendimento pré e perinatal das gestantes e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de todas as crianças e adolescentes;</i></p>	
--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021

Quadro 8 - Transcrição textual dos PMS do município de Dilermando de Aguiar, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021

	<b>Município: DILERMANDO DE AGUIAR</b>	<b>PMS 2014-2017</b>	<b>PMS 2018-2021</b>
<b>Análise Situacional</b>	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>		<p>O PMS traz indicadores de Coeficiente de Mortalidade Infantil do ano de 2013; proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer e nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.</p> <p>Na descrição da unidade de saúde: <i>“A ginecologista do município atende duas vezes por semana, realizando coleta de citopatológicos do colo do útero, pré-natal e consultas ginecológicas.”</i></p>
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>		<p>Em relação ao financiamento, o PMS prevê: <i>“O financiamento para a vigilância em saúde está os recursos financeiros correspondentes às ações do Programa da Vigilância Epidemiológica e Controle das Doenças, Programa HIV/AIDS e outras DSTs, MAC - Vigilância Sanitária, PAB - Vigilância Sanitária, Programa de Tuberculose.”</i></p>

<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>	<p><i>No item: Blocos de atendimentos - Bloco da Atenção Básica - Saúde da mulher:</i>  <i>Pré-natal e controle da natalidade Diagnóstico da gravidez, cadastramento das gestantes no 1o trimestre, disponibilização de suplemento medicamentoso à gestantes, acompanhamento de pré natal de baixo risco, vacinações de rotina, avaliação do puerpério, Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina. Alimentação e análise de sistema de informação SISPré-Natal, atividades educativas para promoção da saúde na sede e interior, distribuição de anticoncepcional a mulheres fértil, formação de grupo de gestantes. - Planejamento Familiar</i></p> <p><i>- Ampliar as atividades educativas no interior do município;</i>  <i>- Realizar o cadastramento de 100% das gestantes do município no sispré-natal;</i></p> <p><i>Prevenção do Câncer do colo do útero e da mama. Rastreamento de câncer de colo de útero, coleta de material para exames de citopatologia, auto-exames da mama, controle de natalidade, gestação precoce, planejamento familiar, aconselhamento de DTS e AIDS para 100% das mulheres sexualmente ativas</i></p> <p><i>Tratamento dos problemas odontológicos, prioritariamente na população de 0 a 14 anos gestantes e Prevenção de cárie dentária e de fluorose dental através de orientação as gestantes.</i></p>	<p>Quando as diretrizes, objetivos e metas o PMS prevê como metas:  <i>“Manter a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal acima de 70%.”</i>  <i>“Aumentar para 80% a proporção de gestantes que realizam teste rápido para sífilis.”</i>  <i>“Priorizar o atendimento odontológico a gestantes, pelo menos uma consulta no período gravídico, atingindo 80% das gestantes.”</i>  <i>“Manter nulo casos novos de sífilis congênita e Aumentar para 80% a proporção de gestantes que realizam teste rápido para sífilis, através da captação das gestantes nas consultas de pré-natal perante resultado positivo de gravidez.”</i></p>
--------------------------------------	--	--	---

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021

Quadro 9 - Transcrição textual dos PMS do município de Formigueiro, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021

	<b>Município: FORMIGUEIRO</b>	<b>PMS 2014-2017</b>	<b>PMS 2018-2021</b>
<b>Análise Situacional</b>	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>	No que tange às atividades desenvolvidas pelo município: <i>“Acolhimento das gestantes; Cadastro das gestantes nos SIS- Pré-natal e acompanhamento mensal do programa; Preenchimento e entrega da carteira de gestantes; Solicitação de exames laboratoriais do primeiro trimestre gestacional (hemograma, glicemia de jejum, tipagem sanguínea, HBSAG, toxoplasmose, EEU); Agendamento da consulta de ginecologista; Identificação e acompanhamento rigoroso de gestações de risco; Registro das gestantes que iniciam pré-natal após do primeiro trimestre gestacional; Acompanhamento da pressão arterial e peso das gestantes; Encaminhamento de gestante de alto risco para Centro de Referência; Registro de todas as atividades.”</i>	<i>O SISPRENATAL, que é um Programa do Ministério da Saúde, atende em média 70 gestantes por ano. Este sistema foi desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do SUS, permitindo desta forma um acompanhamento da gestante desde o primeiro trimestre da gestação até o parto e puerpério.</i>  <i>Expectativa de vida ao nascer (2010): 75,3 anos</i> <i>Coefficiente de mortalidade infantil (2015): 14,93 por mil nascidos vivos</i>
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>	<i>Orientações e aconselhamento em Consulta de Enfermagem, sobre: vida sexual, concepção, métodos contraceptivos, sexualidade, DSTsHIV, gestação precoce.</i>	

<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>	<p><i>“Implantar um programa de atendimento às crianças, e aos grupos de risco (gestantes, diabéticos, idosos e pessoas portadoras de deficiências)”</i></p> <p><i>“reativação do grupo de gestantes;”</i></p> <p>No que tange às ações de DST/AIDS, algumas ações são propostas, tais como: <i>“Palestras informativas em grupos, conforme a demanda da solicitação; Manter e garantir a distribuição de preservativos masculinos; com contrapartida do Município; Manter e garantir a distribuição dos medicamentos da rede básica de saúde a todos os pacientes HIV e doentes de AIDS, quando necessário, pelo Município; Manter e ampliar gradativamente a oferta de exames HIV e VDRL as gestantes com finalidade de prevenir a transmissão vertical; Ampliar a médios e longos prazos a oferta de exames HIV e VDRL à demanda, priorizando grupos com maior vulnerabilidade; Manter e garantir o acompanhamento e transporte aos pacientes HIV AIDS com atendimento no ambulatório de doenças infecciosas no HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria - (consulta médica, e exames laboratoriais específicos); Monitorar a notificação de gestantes HIV positivo e doentes de AIDS no SINAN.”</i></p> <p><i>“Manter e ampliar gradativamente a oferta de exames HIV e VDRL as gestantes com finalidade de prevenir a transmissão vertical.”</i></p> <p><i>“Ampliar a médios e longos prazos a oferta de exames HIV e VDRL à demanda, priorizando grupos com maior vulnerabilidade”.</i></p>	<p>O PMS traz como ações em relação a saúde da mulher:</p> <p><i>“realização de teste rápido de gravidez para agilizar o início do pré-natal; Diagnóstico de gravidez; Cadastramento de gestantes no 1o trimestre; Classificação de risco gestacional desde a 1o consulta; Acompanhamento de pré-natal; Avaliação de puerpério; Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina; Atividades educativas para promoção da saúde com assistência social; Formação de grupos de gestantes; Orientações em palestras, ações educativas de planejamento familiar; Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto; Visita domiciliar às gestantes e puérperas.</i></p> <p><i>“Elaborar e implantar protocolos de atendimento em Saúde para gestantes, hipertensos, diabéticos, visita domiciliar, acolhimento à demanda espontânea.”</i></p> <p><i>“Realizar a primeira consulta odontológica com 100% das gestantes do município.”</i></p>
--------------------------------------	--	---	---

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021

Quadro 10 - Transcrição textual dos PMS do município de Ivorá, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: IVORÁ	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
Análise Situacional	1. Cuidado à gestante no Pré-natal	<p><i>“O SISPRENATAL, que é um Programa do Ministério da Saúde atende no município em média sessenta gestantes por ano. Este sistema foi desenvolvido com a finalidade de permitir o Nascimento do Sistema único de Saúde, permitindo desta forma um acompanhamento da gestante desde o primeiro trimestre da gestação até o parto e puerpério.”</i></p>	<p><i>“O SISPRENATAL, que é um Programa do Ministério da Saúde atende no município em média sessenta gestantes por ano. Este sistema foi desenvolvido com a finalidade de permitir o Nascimento do Sistema único de Saúde, permitindo desta forma um acompanhamento da gestante desde o primeiro trimestre da gestação até o parto e puerpério.”</i></p> <p><i>“Toda gestante tem atendimento prioritário na rede de saúde municipal, sendo realizados grupos e acompanhamento das mesmas. A equipe as mantém informada de como proceder em cada estágio da gestação. No momento do parto elas são referenciadas para a Casa de Saúde de Santa Maria ou se for gestação de alto Risco é acompanhada no Hospital Universitário de Santa Maria.”</i></p> <p><i>Em relação aos serviços: “As investigação epidemiológica, palestras educativas, visitas domiciliares , atividades coletivas e/ou grupos, consulta de outros profissionais de nível superior ,grupos mensais para Diabéticos, Hipertensos, gestantes entre outras atividades são organizadas pela enfermagem periodicamente.”</i></p> <p><i>Dados demográficos, sociais e epidemiológicos, foram informados neste documento, como Mortalidade Infantil, Mortalidade até 5 anos de idade e Taxa de Fecundidade total apresentados de forma sucinta, sem análise e do ano de 2010.</i></p>

<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<p><b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b></p>	<p><i>“Prevenção de problemas odontológicos, prioritariamente na população de 0 a 14 anos e gestantes;”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Diagnostico de gravidez</i></li> <li>- <i>Cadastramento de gestantes no 1o trimestros</i></li> <li>- <i>Classificação de risco gestacional desde a 1a consulta</i></li> <li>- <i>Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso</i></li> <li>- <i>Acompanhamento de pré natal de baixo risco</i></li> <li>- <i>Vacinação anttetânica</i></li> <li>- <i>Avaliação do puerpério</i></li> <li>- <i>Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina</i></li> <li>- <i>Alimentação e análise de sistemas de informação</i></li> <li>- <i>Atividades educativas para promoção da saúde com assistência social</i></li> <li>- <i>Distribuição de anticoncepcional à mulheres em idade fértil</i></li> <li>- <i>Formação de grupos de gestantes;</i></li> <li>- <i>Orientações em palestras no interior e sede do município</i></li> <li>- <i>Ações educativas e preventivas de controle de natalidade em mulheres em idade fértil</i></li> </ul> <p><i>“Desenvolvimento interal da gestante, Através do PIM”</i></p> <p><i>“Cadastro de crianças de 0 a 5 anos, gestantes e idosos desnutridos ou em risco nutricional”</i></p> <p>Em relação aos programas e ações referentes aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: <i>Realizar Pré Natal; Educação em Saúde Individual e Grupos de Gestantes”</i>.</p> <p>Ainda em relação aos programas e ações referentes aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, no que tange a política de atenção a DST: <i>Distribuição de Preservativos; Diagnóstico e tratamento; Acolhimento e Educação em Saúde”</i>.</p>	
--------------------------------------	---	--	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021

Quadro 11 - Transcrição textual dos PMS do município de Pinhal Grande, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: PINHAL GRANDE	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
<b>Análise Situacional</b>	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>	<p>O PMS traz como ações prioritárias na introdução do plano: <i>“Continuidade no atendimento aos Grupos de 3a Idade, Gestante, Diabéticos, Hipertensos, Mulheres, Antitabagismo e Puricultura etc;”</i></p> <p>Como ações desenvolvidas: <i>“Proporcionar as gestantes do município um atendimento integral e humanitário oferecendo educação continuada através de uma equipe multiprofissional e ONGs que lhes proporcione maior segurança, conforto, confiabilidade e credibilidade desde o momento da concepção, durante o período gestacional e puerperio, buscando mais vida e esperança.”</i></p> <p><i>“Referente a projetos em andamento temos: Programa do Sisprenatal;”</i></p> <p>Traz série dos indicadores de 2004-2008 de: Coeficiente de mortalidade pós-neonatal; Coeficiente de mortalidade neonatal; Proporção de Nascidos vivos de mãe com 7 ou mais consultas de pré-natal; Coeficiente de mortalidade neonatal precoce; Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer; Proporção de nascidos vivos com muito baixo-peso ao nascer</p>	<p>Traz série dos indicadores de 2010-2017 de: Proporção de nascidos vivos com muito baixo-peso ao nascer, Proporção de Nascidos vivos de mãe com 7 ou mais consultas de pré-natal; tipo de partos.</p> <p><i>“A Unidade Básica de Saúde do município de Pinhal Grande possui vários sistemas e políticas implantadas nas quais estão: o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, o Sistema de Captação de Informações sobre Mortalidade – SIM, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, o Programa Nacional de Imunização – SIPNI, o Sistema de Informação Ambulatorial – SIASUS, o SISPRENATAL, que visa segurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério...”</i></p>
	<b>1.1 Cuidado à gestante em relação à SG e SC</b>	Traz a série histórica (2004-2008) do indicador do sispacto: Número de casos de sífilis congênita	Traz a séria histórica (2017-2021) do indicador do sispacto: Número de casos de sífilis congênita
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>	<p><i>“Referente a projetos em andamento temos: Programa DST/AIDS;”</i></p> <p>Como ações desenvolvidas: <i>“Proporcionar a</i></p>	Em relação à estrutura organizacional e RF da SMS: <i>“A unidade básica de Saúde de Pinhal Grande serve de porta de entrada do paciente da atenção</i>

		<i>população do município, os conhecimentos básicos sobre HIV/DST, garantido o acesso aos serviços de saúde para ações de prevenção aquisição de preservativos.”</i>	<i>primária. Esta unidade é composta por ... 01 sala de testes rápidos” “As políticas implantadas na Unidade Básica de Saúde são: SAÚDE DO TRABALHADOR, SAÚDE MENTAL, SAÚDE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE, DST/AIDS, SAÚDE DA MULHER, SAÚDE DO IDOSO, TUBERCULOSE/HANSENÍASE, TABAGISMO.”</i>
<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>		<i>Nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores, em relação à saúde bucal o PMS prevê em relação à Saúde Bucal na Atenção Básica - META- Aumentar em 55% a primeira consulta programática à gestante. -Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal de 82,98% para 92%. -Manter nulo o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade.</i>

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021

Quadro 12 - Transcrição textual dos PMS do município de Quevedos, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: QUEVEDOS	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
<b>Análise Situacional</b>	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>	<p>Apresenta série de 2003-2008 da <i>Mortalidade neonatal; Mortalidade infantil tardia; Mortalidade infantil.</i></p> <p><i>“O Município de Quevedos desenvolve algumas ações dentro das normas da Secretaria Municipal de Saúde. Grupos de Gestantes; (SISPRENATAL).”</i></p> <p><b>AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS:</b><i>Descrições das ações básicas e programas que o município vem desenvolvendo, como a Estratégia Saúde da Família (ESF); órgãos e profissionais envolvidos, população atingida, etc. - No Programa de odontologia para família -Realizar trabalhos educativos junto às mães usando metidos preventivos durante a gestação e após o nascimento; 7-Motivar as gestantes ao acompanhamento odontológico através do cadastramento da ESB...</i></p> <p><i>Em relação ao planejamento familiar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnóstico da gravidez;</li> <li>-Cadastramento das gestantes no 1o trimestre (SISPRENATAL);</li> <li>-Classificação de risco gestacional desde a 1a consulta;</li> <li>-Acompanhamento de pré-natal de baixo risco;</li> <li>-Vacinação dupla adulto;</li> <li>-Avaliação do puerpério;</li> <li>-Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina e ultra-sonografia;</li> <li>-Alimentação e análise de sistema de informação;</li> <li>-Atividades educativas para promoção da saúde;</li> </ul>	<p>Traz indicadores de 2010-2017 de: <i>nascidos vivos; percentual de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal; Tipo de parto; Taxa de prematuridade e Faixa etária das gestantes.</i>”</p> <p>Na análise situacional o município descreve sobre o cuidado prestado às gestantes e seus parceiros: <i>“O grupo de gestante é realizado mensalmente, ficando como responsáveis a enfermeira ESF, fisioterapeuta e odonto, também convidados conforme a temática. O grupo procura realizar orientações para o parto, puerpério gestação, sempre incentivando ao aleitamento materno. As gestantes têm suas consultas agendadas após cada consulta, existe uma reserva de exames laboratoriais para as gestantes e parceiro. “</i></p> <p><i>...Após o atendimento em grupo as gestantes são atendidas individualmente pelo obstetra acompanhada pela equipe do ESF, e recebem atendimento odontológico no mesmo dia. Todas são encaminhadas a sala de vacina para revisão de carteiras.</i></p> <p>Nas ações realizadas pela odontologia: <i>Gestante: Acompanhamento mensal, promovendo palestras com orientações em alguns encontros, atendimentos após o grupo, onde é feita avaliação e tratamentos odontológicos quando necessário. Fazemos também agendamento para o pré natal odontológico do pai.</i></p>

		<p>-Fornecimento de anticoncepcional (oral, injetável, DIU, distribuição de preservativos) a mulheres em idade fértil;</p> <p>-Formação de grupo de gestantes;</p> <p>-Orientação em palestras no interior e sede do município;</p>	
	<b>1.1 Cuidado à gestante em relação à SG e SC</b>	Apresenta um quadro das notificações compulsórias do ano de 2009, onde mostra-se nulo os casos de sífilis congênita no município naquele ano.	
	<b>1.2 Cuidado ao parceiro em relação à SG e SC</b>		<p>“O pré-natal do parceiro também é garantido. Todos os testes rápidos realizados na gestante são disponibilizados ao parceiros assim como exames, vacinas e atendimento odontológico. Enquanto aguardam a consulta individual a equipe do PIM desenvolve oficinas para confecção de materiais para os bebês.”</p> <p>No município foi adotado o pré- natal do parceiro o que já viabilizou alguns atendimentos aos homens, o que antes não era possível, pois os mesmos ficam apenas aguardando a gestante na consulta.</p>
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>		<p><b>POLÍTICA DE CONTROLE IST/AIDS:</b> os objetivos são reduzir a transmissão do HIV, das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais. Melhorar a qualidade de vida das pessoas com IST, HIV, aids e hepatites virais. Para atingir este resultado são considerados os seguintes itens: Fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado às IST, aids e hepatites virais. Prevenção e diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e pelas hepatites virais e redução de risco e vulnerabilidade. Promoção de direitos humanos e articulação com redes e movimentos sociais. Aprimoramento e desenvolvimento da vigilância,</p>

			<i>informação e pesquisa. Aprimoramento da governança e da gestão. Acesso universal aos medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos.</i>
<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar teste rápido de sífilis, HIV, hepatite B e C, em 100% das gestantes</li> <li>-Realizar no mínimo 10 grupos de mulheres/gestantes para discussões de ações educativas e preventivas de planejamento familiar</li> <li>-Realizar 02 ações anuais sobre higiene bucal e problemas bucais da gestante e do bebe</li> <li>-Garantir o pré-natal do parceiro durante a gestação e puerperio</li> <li>- Manter em 95% a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021

Quadro 13 - Transcrição textual dos PMS do município de São Pedro do Sul, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: SÃO PEDRO DO SUL	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
Análise Situacional	1. Cuidado à gestante no Pré-natal	<p>Na parte inicial do plano, no que tange os objetivos, no item de investimentos na rede física: <i>Aparelho de ecodopler, em função da necessidade das cirurgias de varizes e da casa de gestante, sendo indispensável para realização dos diagnósticos precisos.</i></p> <p><i>Implantação de UTI Neonatal, Adulta e Pediátrica, Micro Regional, almejando a possibilidade de futuros convênios.</i></p> <p>Traz o perfil de mortalidade infantil (2000-2006) e mortalidade materna (sem ano, sem série). <i>Morbidade hospitalar (2008) onde consta 15 internações por Algumas afecções originadas no período perinatal com análise de ...Outro dado que merece destaque, é a diminuição de internações por complicações durante o período perinatal. Isso se deve principalmente pelo incentivo ao pré-natal e as atividades com grupos de gestantes.</i></p> <p><b>SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECÍFICA-SAÚDE DA MULHER - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:</b></p> <p><i>Consultas médicas de Pré-natal e Puerpério; Consultas ginecológicas; Fornecimento de métodos anticoncepcionais; Realização de exames preventivos do câncer de colo de útero e mama; Encaminhamentos para especialidades, quando for o caso. Orientações sobre Planejamento Familiar; Formação de Grupos de Gestantes sobre temas afins.</i></p>	<p>Mortalidade Infantil e Materna de 2014, 2015 e 2016. <i>“São Pedro do Sul possui formado o Comitê Municipal de Mortalidade Materna”.</i></p> <p><b>SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECÍFICA-SAÚDE DA MULHER</b></p> <p><i>Atividades Desenvolvidas</i></p> <p><i>Consultas médicas de Pré-natal e Puerpério; Consultas ginecológicas; Monitoramento de alterações do colo de útero; Notificação de violência física e/ ou sexual contra mulheres; Fornecimento de métodos anticoncepcionais; Realização de exames preventivos do câncer de colo de útero e mama; Encaminhamento para especialidades, quando for o caso. Orientações sobre Planejamento Familiar; Formação de Grupos de Gestantes sobre temas afins. Outubro Rosa - Evento com orientações sobre a Prevenção do câncer de mama e colo do útero.</i></p>

		Traz a série histórica (2004-2009) da <i>Proporção de investigação de óbitos infantis, Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, Coeficiente de mortalidade pós-neonatal, Coeficiente de mortalidade neonatal, Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, Coeficiente de mortalidade neonatal precoce, Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer, Proporção de nascidos vivos com muito baixo-peso ao nascer.</i>	
	<b>1.1 Cuidado à gestante em relação à SG e SC</b>	Traz a série histórica (2004-2009) do indicador: Número de casos de sífilis congênita	Traz o indicador (2017): Número de casos de sífilis congênita.
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>		<p><i>PROGRAMA DST/AIDS - Atividades Desenvolvidas</i>  <i>Orientações, palestras e vídeos educativos, buscando a prevenção; Oferta de coleta de sangue semanal, aberto para a população em geral, toda segunda-feira, para detecção precoce do vírus; Atendimento ambulatorial individualizado; Agendamento de consultas médicas regulares. Entrega regular de medicamentos que são fornecidos pelo HUSM, através de solicitação oficiada da SMS para o ambulatório de Doenças Infecciosas (DI). Acompanhamento psicológico para os pacientes e familiares; Tratamento no HUSM. Distribuição de preservativos masculinos e femininos. Trabalho a campo das agentes redutora de danos.</i></p> <p>Em relação aos compromissos de governo, “<i>tem como meta promover, juntamente com as escolas, programas de prevenção às DSTs, AIDS e drogas, para jovens e familiares e a Implantação do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, em parceria com a Rede Cegonha.</i>”</p>

<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>	<p><b>PROGRAMA DST/AIDS</b>  <i>Deficiências / problemas: Insuficiência de atividades educativas.</i>  <i>Soluções: Implementar atividades educativas de prevenção e controle das DSTs; aumentar a quantidade de preservativos a serem distribuídos à população.</i>  <i>Interação: Programa saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do trabalhador, Secretaria de Educação, Programa Saúde da Família.</i>  <i>Metas: Intensificar a realização de palestras em escolas, empresas, grupos de jovens etc. Promover a divulgação de sinais, sintomas e cuidados. Reduzir a incidência de novos casos, tratar os notificados.</i>  <i>População alvo: 100% da demanda.</i></p> <p><b>ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER</b>  <i>Deficiências/Problemas: Deficiência de algumas rotinas programadas e de ações executadas; ações não sistematizadas.</i>  <i>Soluções Propostas: Normatização e/ou implantação de rotinas de atendimento;</i>  <i>Metas: Melhorar os indicadores de atenção à saúde da mulher, aumentar o número de exames/coletas papanicolau. Incentivo ao auto-exame de mamas; realização do pré-natal, desde o início da gestação.</i>  <i>Interação: Secretaria de Saúde e PSF.</i>  <i>População alvo: 100% das mulheres em idade fértil.</i></p> <p><b>PRÉ-NATAL E PUEREPÉRIO</b>  <i>Deficiências/Problemas: Baixo peso ao nascer e dificuldade do aleitamento materno exclusivo; Ausência de indicadores importantes na atenção integral à saúde da mulher, mortalidade infantil.</i>  <i>Soluções Propostas: Ampliação e implementação das atividades desenvolvidas; Realização de consultas médicas e enfermagem; Exames laboratoriais e USS.</i></p>	<p><b><u>Programa de Hanseníase e Tuberculose</u></b>  <i>Deficiências/problemas: Falta sistematizar as informações e/ou atividades; Aceitação da População/mito; busca por médicos; encaminhar para ACS/ Tosse/Manchas na pele/ Relação com HIV/DST.</i>  <i>Soluções: Implementar os programas através da busca ativa de novos casos; Capacitação para os profissionais da Saúde, incluindo as ACS. Dismistificação da doença/ tem cura (15 dias de tratamento não basta). Tratamento completo. Visitas de controle de medicação, equipe da unidade, ACS e orientação a família.</i>  <i>Metas: Identificar e acompanhar os casos novos; oferecer suporte aos envolvidos (pacientes e familiares). Aumentar o número de coletas de exame de escarro para detecção precoce da tuberculose.</i>  <i>Interação: Secretaria Municipal de Saúde e Equipes do ESF, HUSM e família.</i>  <i>População alvo: A população em geral, familiares e portadores de Hanseníase e Tuberculose.</i></p> <p><b><u>Programa DST/AIDS</u></b>  <i>Deficiências / problemas: Insuficiência de atividades educativas e dificuldade em quantificar e /ou notificar os casos. Com a patologia. Familiares/comunidade. Dificuldade dos pais em falar sobre o assunto. Como falar o tema com os adolescentes.</i>  <i>Soluções: Implementar atividades educativas de prevenção e controle das DSTs; aumentar a quantidade de preservativos a serem distribuídos à população. Aumentar os eventos relacionados à DST/ AIDS no Município. Capacitação do professor de Biologia. Criação de pequenos grupos em sala de aula para discussão do assunto.</i>  <i>Interação: Programa Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Secretaria de Educação, Estratégia Saúde da Família. Professor. Alunos. CRAS.</i>  <i>Metas: Intensificar a realização de palestras em escolas, empresas, grupos de jovens, pais, etc. Promover a divulgação de sinais, sintomas e cuidados. Reduzir a incidência de novos casos, tratar os notificados. Aumentar a oferta de preservativos masculinos e femininos. Liberdade para os pais aos ACSs.</i>  <i>População alvo: 100% da demanda.</i></p>
--------------------------------------	--	---	---

		<p><i>Metas: Realização de pelo menos 07 (sete) consultas de pré-natal; Incentivo ao aleitamento materno; Incentivo ao parto normal; identificar casos de baixo peso ao nascer.</i></p> <p><i>Interação: Equipe de Enfermagem; Equipes do PSF.</i></p> <p><i>População alvo: 100% das gestantes e puérperas usuárias do Sistema.</i></p> <p><i>Programa Saúde do Adolescente</i></p> <p><i>Deficiências e/ou problemas: Inexistência do programa; Gestação na adolescência, drogadição e prostituição.</i></p> <p><i>Solução/Proposta: Implantar o programa; Realizar ações educativas; Identificar grupos de risco; encaminhar para tratamento clínico e psicológico.</i></p> <p><i>Metas: Realizar atividades educativas com adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos (abordar DST/AIDS, gravidez na adolescência, planejamento familiar, tabagismo, alcoolismo, puberdade, hábitos saudáveis de vida)</i></p>	<p><b><u>Atenção à Saúde da Mulher</u></b></p> <p><i>Deficiências/Problemas: Deficiência de algumas rotinas programadas e de ações executadas; ações não sistematizadas. Dificuldade de acompanhamento do tratamento / seguimento para os casos de CA de mama e de colo de útero.</i></p> <p><i>Soluções Propostas: Normatização e/ou implantação de rotinas de atendimento; Divulgação e diversificação de chamamento ao público alvo; monitoramento pós-diagnóstico através de coleta de dados de paciente/ cruzamento de dados anual e para ter ideia do trabalho que está sendo desenvolvido. Monitoramento através da coleta de dados das pacientes; Cruzamento de dados para ter ideia do trabalho que está sendo desenvolvido principalmente mulheres de 25 ao 64 anos (papanicolau).</i></p> <p><i>Metas: Melhorar os indicadores de atenção à saúde da mulher, aumentar o número de exames/coletas papanicolau. Incentivo ao auto-exame de mamas; realização do pré-natal desde o início da gestação. Capacitação para os profissionais de enfermagem sobre o SISCAN (Sistema de Câncer).</i></p> <p><i>Interação: Secretaria Municipal de Saúde e ESF.</i></p> <p><i>População alvo: Todas as mulheres, independente de faixa etária.</i></p> <p><b><u>Pré-Natal e Puerepério</u></b></p> <p><i>Deficiências/Problemas: Número de consultas abaixo que 7 (sete) no pré-natal, dificuldade do aleitamento materno exclusivo, aumento de gestantes com idade abaixo de dezesseis anos; Ausência de indicadores importantes na atenção integral à saúde da mulher, principalmente pré-natal (SISVAN).</i></p> <p><i>Soluções Propostas: Ofertar a 1ª consulta da mãe no dia da vacina com a enfermagem. Ampliação e implementação das atividades desenvolvidas; Realização de consultas médicas e enfermagem no pré-natal. Garantir Exames laboratoriais específicos para o pré-natal e Ultra Sonografia gestacional. Continuidade de grupos mensais de gestantes no município. Incentivo a 1ª visita do médico/enfermagem à gestante. Grupo de gestantes chamar/conscientizar a amamentação. Material de divulgação com pessoas da comunidade.</i></p> <p><i>Metas: Realização de pelo menos 07 (sete) consultas de pré-natal; Incentivo ao aleitamento materno; Incentivo ao parto normal;</i></p> <p><i>Interação: Equipe de Enfermagem do Hospital Municipal; Equipes da Estratégia de Saúde da Família.</i></p> <p><i>População alvo: 100% das gestantes e puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde.</i></p>
--	--	--	--

			<p><b><u>PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE</u></b>  <i>Deficiências e/ou problemas: Inexistência do programa; Gestação na adolescência, drogadição e prostituição.</i>  <i>Solução/Proposta: Implantar o programa; Realizar a�es educativas; Identificar grupos de risco; encaminhar para tratamento clínico e psicológico. Rede de apoio (grupo multidisciplinar – Secretaria de Saúde/atende crianças nas escolas e todos estes problemas, Secretaria de Educação, Secretaria de Assistência Social, Promotoria, Conselho Tutelar, Brigada Militar e Polícia Civil).</i>  <i>Metas: Realizar atividades educativas com adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos (abordar DST/AIDS, gravidez na adolescência, planejamento familiar, tabagismo, alcoolismo, puberdade, hábitos saudáveis de vida). PSE (Programa de Saúde na Escola) dentro do PSE serão abordados todos os temas citados.</i>  <i>Interação: Profissionais da Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria da Família e Desenvolvimento Social e ESF. Associações de Bairros, ONGs, etc.</i>  <i>Público alvo: Adolescentes que frequentam escolas e grupos socioeducativos. Comunidade em geral.</i></p>
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021

Quadro 14 - Transcrição textual dos PMS do município de Silveira Martins, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: SILVEIRA MARTINS	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
<b>Análise Situacional</b>	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>	<p>Em relação às ações e acompanhamento de projetos, o PMS relata que Silveira Martins participa de programas, <i>“elaborados através de equipes e decisões de conselhos junto a 4a “CRS” provenientes de recursos Federais/Estaduais/Municipais, que são disponibilizadas para a população. Programas de DST/AIDS, Saúde do Trabalhador. A programação elaborada pela equipe do “CEREST” (Centro de Saúde do Trabalhador), Consórcio intermunicipal de Saúde e 4a CRS.”</i></p> <p><i>“Os Programas atuam nas áreas de: Promoção, prevenção e proteção: Campanhas preventivas; Material educativo e informativo; Peças publicitárias; Redução de Danos pelo uso de drogas; Capacitação de recursos humanos; Disponibilização de preservativos; Acesso a população mais vulnerável. Doenças relacionadas ao trabalho “LER/DORT”, cuidados com perfuro-cortantes entre outros temas sempre de suma importância; Diagnóstico, Tratamento e Assistência: Atenção a gestantes HIV (+), e às crianças expostas ao HIV/sífilis congênita; Atenção a gestantes portadora de sífilis; Atenção aos portadores de DST e a pessoas vivendo com HIV/AIDS (adesão). Investigação e protocolos por acidente de trabalho e doenças ocupacionais; Encaminhamentos para exames especializados e reabilitação profissional; Diagnóstico a acompanhamento laboratorial: O município referência seus usuários ao HUSM, que dispensa os medicamentos para (DST, HIV), realiza os testes laboratoriais; O município por enquanto não conta com KITS para testagem e tratamento, nem teste rápido; A capacitação de Recursos Humanos (saúde, educação e assistência) é realizada via 4a “CRS”; O monitoramento e avaliação do usuário, é feito a nível ambulatorial da Unidade de Saúde e junto aos locais de referência pactuados; Na realização de ações de promoção do Controle Social em DST/HIV/AIDS Silveira participa de Seminário, jornadas, encontros e grupos de trabalho vinculando o CMS; A SMS está voltada a ampliar suas ações, para abranger a zona urbana e as comunidades do Interior, no trabalho de prevenção de HIV/AIDS. Para a população usuária de drogas injetáveis com distribuição de kits. Na educação escolar, sugere mais abertura e orientações sobre o assunto pelos professores e funcionários que compõem a escola, (motivar mais capacitações para pais e educadores, inclusive ver a possibilidade de inclusão do conteúdo á uma matéria escolar).</i></p>	

<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>	<p>O PMS propõe algumas ações referentes à Saúde da Mulher, tais como: <i>“Implementar o programa de humanização do pré-natal e nascimento-PHPN; Promover atenção integral da REDE CEGONHA, com ênfase nas áreas e populações; Ampliar a cobertura do programa de humanização do pré-natal e nascimento a todas as gestantes do município; Realizar a captação precoce da gestante até os três primeiros meses de gestação; Viabilizar, no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma de puerpério por gestante e Realizar testagem de sífilis e HIV, no pré-natal e parto nas gestantes usuárias do SUS.”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reduzir os casos de baixo peso, desnutrição, desnutrição grave e obesidade em crianças menores de 7 anos e gestantes;</li> <li>-Realizar o cadastro das gestantes no Programa Nacional de Suplementação de Ferro;</li> <li>-Realizar a distribuição de Suplementação de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico;</li> <li>-Implementar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutrição / SISVAN para o monitoramento da situação nutricional de crianças e gestantes;</li> <li>-Atuação no atendimento a grupos de 3o idade, diabéticos, hipertensos, gestantes, mulheres, depressivos, anti-tabagismo, etc.;</li> </ul> <p><i>-Implementar ações de prevenção, promoção e controle das DST e AIDS; Manter e restabelecer o fluxo de referência e contra-referência e um protocolo de atendimento das DST/HIV/AIDS no município; Confeccionar material educativo e divulgação em DST/HIV/AIDS, para a população geral; Confeccionar material instrucional em transmissão vertical de sífilis congênita e HIV para gestantes; Realizar campanhas educativas em prevenção das DST/HIV/AIDS, em datas comemorativas (Carnaval, Dia dos Namorados, Festivais semana do município e no Dia Mundial de Luta contra a AIDS); Implementar atividades educativas de prevenção das DST/AIDS na Unidade de Saúde e ESF; Realizar apoio técnico em ações de prevenção das DST/HIV/AIDS, cidadania e direitos humanos; Manter a distribuição de preservativos masculinos para a população; Estabelecer parcerias interinstitucionais para adoção de atividades de prevenção das DST/HIV/AIDS através de campanhas educativas nas escolas e distribuição de material educativo de prevenção das DST, nas escolas; Sensibilizar professores e agentes de saúde da importância de se ter autoridade (conhecimento) sobre DST/AIDS, para orientar devidamente o aluno /usuário do SUS.”</i></p> <p>Em relação às ações desenvolvidas nas escolas, o município almeja <i>“dedicar maior atenção através da ESF na prevenção a doenças infectocontagiosas, gestação na adolescência, DST/AIDS, abuso de drogas. A (SMS) atuará também na promoção da educação permanente aos profissionais nas áreas de acolhimento, contracepção de emergência e prevenção das DST.”</i></p>
--------------------------------------	--	---

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021

Quadro 15 - Transcrição textual dos PMS do município de Toropi, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: TOROPI	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
<b>Análise Situacional</b>	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>	<p><i>“Toda mulher é orientada que ao engravidar procure o atendimento médico para realização de 04 à 07 consultas de pré- natal, bem como fazer todas as vacinas necessárias, sendo oferecido pelo Município exames laboratoriais e ecografia obstétrica para acompanhamento da evolução do feto. Com essas medidas procura-se evitar a gravidez de alto risco, levando-se a gestação a termo.”</i></p> <p><i>“Vigilância Alimentar e Nutricional- Estado nutricional de crianças, realizando o acompanhamento do desenvolvimento das crianças e estado nutricional de gestantes, acompanhando o desenvolvimento gestacional nas diversas idades gestacionais e debeneficiários do Bolsa Família.”</i></p> <p>Em relação a saúde <i>“Na Unidade de Saúde além do atendimento curativo, existe a preocupação com questão educativa a crianças e gestantes.”</i></p>	<p><i>“Toda mulher é orientada que ao engravidar procure o atendimento médico para realização de 04 à 07 consultas de pré- natal, bem como fazer todas as vacinas necessárias, sendo oferecido pelo Município exames laboratoriais e ecografia obstétrica para acompanhamento da evolução do feto. Com essas medidas procura-se evitar a gravidez de alto risco, levando-se a gestação a termo.”</i></p> <p><i>“Vigilância Alimentar e Nutricional- Estado nutricional de crianças, realizando o acompanhamento do desenvolvimento das crianças e estado nutricional de gestantes, acompanhando o desenvolvimento gestacional nas diversas idades gestacionais e debeneficiários do Bolsa Família.”</i></p> <p>Em relação a saúde <i>“Na Unidade de Saúde além do atendimento curativo, existe a preocupação com questão educativa a crianças e gestantes.”</i></p> <p>Na análise situacional apresenta: <i>Nascimentos, Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (2014-2017).</i></p>
	<b>1.1 Cuidado à gestante em relação à SG e SC</b>		Na análise consta: Indicador 8: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>		No PMS são descritas algumas ações que são desenvolvidas no município, tais como: <i>“a manutenção dos sistemas de informações em saúde implantadas, SISVAN, DDA, SISPRE-NATAL, SIST, AGHOS, SISRCA, SIAB, SCNES, SISREG, BPA, S.I.A., SIH, HIPERDIA, SI-PNI, SINAN, boletins de vigilância e controle da DST/AIDS.”</i>

		Quanto ao programa de controle de DST/AIDS: <i>“prestamos atendimento às pessoas, solicitando e realizado exames(junto a 4a CRS de Santa Maria), realizando também palestras junto às Escolas, sede e interior do Município, bem como distribuição de preservativos masculinos e anticoncepcional feminino.”</i>
<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>	<p>Em relação às estratégias traçadas: <i>“realizar palestras preventivas quanto as DST em escolas do município”</i></p> <p>Quanto às gestantes traça estratégias quanto ao cuidado odontológico a gestantes, além de <i>“Diagnóstico da gravídes; Cadastramento das gestantes no 1o trimestre; Classificação de risco gestacional desde a 1a consulta; Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso; Acompanhamento de pré-natal; Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina; Atividades educativas para promoção da saúde; Formação de grupo de gestantes e Orientação em palestras no interior e sede do município.”</i></p> <p>Em relação às diretrizes, objetivos, metas e indicadores, o plano prevê <i>“atingir 80% de primeira Consulta Programática à gestante em saúde bucal;”</i>  <i>“Realizar no mínimo dez grupos de mulheres ou gestantes para discussões de ações educativas e preventivas de planejamento familiar;”</i>  <i>“Manter em 95% a proporção de nascidos vivos de mães com sete consultas de pré- natal;”</i>  <i>“Diminuir de um para zero o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano.”</i></p>

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021

Quadro 16 - Transcrição textual dos PMS do município de Vila Nova do Sul, R01, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: VILA NOVA DO SUL	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
<b>Análise Situacional</b>	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>	Em relação a saúde da mulher, em relação a gestante <i>“existe um fluxo bem instituído no município, ou seja, a ACS identifica um possível gestante, encaminha para consulta com a enfermeira, na qual solicita todos os exames e agenda consulta com o ginecologista. Durante o pré-natal são realizados todos os exames preconizados, a consulta de pré-natal é realizada mensal pelo ginecologista. As gestantes de alto risco são encaminhadas ao HUSM. No momento estão estruturando um grupo de gestante no município.”</i>	
	<b>1.1 Cuidado à gestante em relação à SG e SC</b>	Na análise situacional, nos indicadores de morbidade o PMS traz em uma série histórica de 2007 a 2012 dos casos notificados de sífilis em gestantes e de sífilis congênita.	
	<b>1.2 Cuidado ao parceiro em relação à SG e SC</b>	Em relação à política de controle de DST's/HIV/Aids, o PMS ressalta que <i>“em 2013 por meio do Plano de Enfrentamento ao HIV e à Sífilis Congênita todos os municípios deverão realizar o diagnóstico da sífilis congênita e HIV em gestantes e parceiros, através do teste rápido.”</i>	
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>	Em relação à política de controle de DST's/HIV/Aids, o PMS ressalta que <i>“... é necessário o município realizar campanhas de promoção e prevenção dessas patologias infectocontagiosas, com o objetivo de disseminar informações a população sobre o assunto e até mesmo fazer busca ativa de possíveis usuários portadores dessas doenças. Lembrando que o ACS é um profissional bastante importante, visto que ele poderá estar em suas visitas abordando sobre esse tema com as famílias, no entanto o mesmo deve estar capacitado sobre o assunto.”</i>	
<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>	Em relação às diretrizes, objetivos e metas tem como metas: <i>“a realização da primeira consulta de atendimento odontológico à gestante; a implementação do Grupo de Puericultura juntamente com o Grupo de Gestante, em parceria com a Assistência Social; a implementação do SISPRENATAL; o fortalecimento do Grupo de Gestante e a intensificação da captação das gestantes no primeiro trimestre. No que tange aos cuidados das gestantes sífilicas-“Intensificação de ações de diagnóstico a gestantes com sífilis e HIV positivo.”</i>	

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021



**APÊNDICE B - QUADROS DE TRANSCRIÇÕES TEXTUAIS DOS PMS, DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE ENTRE RIOS, DAS VIGÊNCIAS 2014-2017 E 2018-2021**

Quadro 17 - Transcrição textual dos PMS do município de Cacequi, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: CACEQU	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
Análise Situacional	<p><b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b></p>	<p><i>“Este programa encontrava-se desatualizado, sem ser alimentado por anos, no início de 2013 o município se empenhou em capacitar funcionário do quadro efetivo para dar continuidade nas informações, hoje conta com sua base de dados do perfil gestacional em dia, e o sis-prenatal já está em consonância com a competência atual e também serve de importante ferramenta para auxiliar as matrizes de intervenção do PMAQ.”</i></p> <p><i>“O envio do SISPRENATAL está atualizado na competência atual. Salientamos a importância desse sistema de informação para avaliação qualitativa da assistência pré-natal.”</i></p> <p><i>“No momento estamos atualizando o SISPRENATAL, alimentando sistema, para que possamos avaliar qualitativamente a assistência pré-natal e então planejarmos os serviços de modo que atendamos as metas pactuadas.”</i></p> <p><i>“A política de rede cegonha está ativa no município, sendo estruturado no início de 2013 o sis-prenatal.”</i></p> <p><i>“A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito a: Ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; Transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; Vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto - “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”</i></p>	<p>Na introdução descreve como objetivo <i>“Implementar a Rede de Atenção Materno-Infantil”</i>.</p> <p>Na análise situacional traz o Indicador do <i>“Percentual de crianças nascidas vivas, por número de consulta de pré-natal, residentes em Cacequi, 2010 a 2014.”</i></p> <p>Em relação à saúde da gestante o município em sua análise situacional descreve que: <i>“aderiu foi a Rede Cegonha (portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011), um projeto do governo federal que objetiva a reorganização da rede de assistência materno-infantil inclusive com financiamento federal para o município. Na atenção primária são realizadas consultas de pré-natal de baixo risco (risco habitual) em todas as Unidades de Saúde, que também realizam visitas domiciliares para acompanhamento da gestante, busca ativa das faltosas e acompanhamento das puérperas. As gestantes classificadas como de alto risco são encaminhadas para o ambulatório de alto risco junto ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), mas permanece vinculada a equipe de saúde da atenção primária para o melhor acompanhamento.”</i></p> <p>Ainda na análise descreve que: <i>“Na Atenção ao pré-natal e puerpério o acompanhamento da saúde da mulher neste período gravídico- puerperal se dá com vistas a prevenir agravos, promover a saúde, estabelecer o cuidado e instalar medidas vigilância e proteção ao binômio materno-fetal.”</i></p>

	<b>1.1 Cuidado à gestante em relação à SG e SC</b>	<i>“O hospital realiza testes rápido para gestantes e a população tem acesso ao teste Anti- HIV no Laboratório Regional. O município solicitou visa Ministério os testes rápidos HIV, SIFILIS, BHCG, não sendo correspondido em nem um dos testes.”</i>	
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>	<i>“Os profissionais de saúde têm buscado proporcionar maior acesso aos preservativos repassados pela 4a CRS, com boa procura pela população. O hospital realiza testes rápido para gestantes e a população tem acesso ao teste Anti- HIV no Laboratório Regional.”</i>	<i>“O Serviço Municipal de DST/Aids e Tuberculose tem como objetivo desenvolver ações de contingência da epidemia das Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids, Tuberculose e Hepatites Virais através de ações setoriais e interinstitucionais de prevenção, assistência às Pessoas Vivendo com DST – HIV/ Aids de Londrina, em parceria com as Organizações da Sociedade Civil (OSC/Aids).”</i>
<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>		<i>“Realizar palestras objetivando promover na população masculina, a conscientização, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV, implantando mecanismos de incentivo.”</i> <i>“Orientar as gestantes através de palestras de pré-natal sobre cuidados odontológicos desde o nascimento do bebê, levando aos grupos de gestantes.”</i> <i>“Incentivar o aleitamento materno como forma de satisfazer as necessidades nutricionais das crianças até seis meses de vida.”</i> <i>“Realizar visita às Puérperas na primeira semana após o parto com objetivo de orientar e detectar dificuldades em relação ao aleitamento materno, fornecendo kits para o cuidado do umbigo do recém-nascido.”</i> <i>“Garantir atendimento multiprofissional às gestantes de risco referenciando ao pré-natal de alto risco.”</i> <i>“Intensificar Palestras sobre Cuidados com DST/AIDS.”</i>

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021

Quadro 18 - Transcrição textual dos PMS do município de Itacurubi, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: ITACURUBI	PMS 2014- 2017	PMS 2018-2021
<b>Análise Situacional</b>	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>		<p>Apresenta o indicador de proporção de parto normal e proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal <i>“Neste indicador, lembramos que muitas gestantes possuem planos de saúde ou consultam na rede privada, não realizando seu pré-natal e parto através do sistema único de saúde. Além disso, recebemos gestantes de outros municípios sem acompanhamento de pré-natal.”</i></p> <p>Em uma tabela enfatiza que <i>“as unidades apresentam 100% de cobertura ao pré-natal.”</i></p>
	<b>1.1 Cuidado à gestante em relação à SG e SC</b>		<p>Na análise situacional, em relação a sífilis, o município apresenta gráficos e indicadores referentes ao número de testes de sífilis por gestantes e a taxa de incidência de sífilis em gestante, além do número de casos notificados de sífilis adquirida. <i>“No ano de 2015 foram 29 partos e nenhum teste de sífilis realizado. No ano de 2016 foram 27 partos e nenhum teste de sífilis realizado. No ano de 2017 foram 23 partos e nenhum teste de sífilis realizado. No ano de 2018 foram 28 partos e teste de Sífilis realizado.”</i></p> <p><i>“Os testes rápidos começaram a ser realizados em gestantes à partir do ano de 2016.”</i></p> <p><i>“No ano de 2010 foram 35 nascimentos e 1 foi o número de casos de sífilis em gestantes (28,57%), no ano de 2016 foram 31 nascimentos e 3 foi o número de casos de sífilis em gestantes (96.77%). No ano de 2017 foi um total de 24 nascimentos com 1 caso de sífilis em gestante (41.67%).”</i></p>
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>		<p>Na análise situacional do PSE - saúde na escola, apresenta o seguinte texto: <i>“Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/ AIDS”.</i></p>
<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>		<p>Tem como meta <i>“acompanhamento de 100% das gestantes desde o início da gestação.”</i></p> <p><i>“Manter o atendimento em testes rápidos, exames laboratoriais e coleta de citopatológico.”</i> Não especificando quais testes rápido.</p>

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021.

Quadro 19 - Transcrição textual dos PMS do município de Jaguari, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: JAGUARI	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
Análise Situacional	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>	Nos objetivos do PMS: <i>“Garantir assistência humanizada ao pré-natal, parto, recém-nascido e puerpério, bem como planejamento familiar;”</i>  <i>“As ações em saúde, principalmente as ligadas ao pré-natal tornaram-se mais abrangentes, buscando o a realização precoce do pré-natal e a garantia de exames específicos da gestação”.</i>  Em relação aos Programas/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde: <i>“Programa de Assistência Pré-Natal”; “Programa de Triagem Neonatal”;</i>	
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>	Nos objetivos do PMS: <i>“Programa de controle DST/HIV;”</i> Em relação aos Programas/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde: <i>“Programa de Detecção de DST e HIV”;</i>	
Diretrizes, Objetivos e Metas	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>	<i>“Promover acompanhamento humanizado a gestante promovendo o Pré-natal com qualidade”;</i> <i>“Realizar Grupo de gestantes com educação em saúde ao grupo familiar com participação da equipe de apoio da ESF”;</i> <i>“Captar a maioria das gestantes no primeiro trimestre de gestação para atualizar o SISPRENATAL”;</i> <i>“Disponibilizar a distribuição gratuita dos preservativos nas Unidades Básicas de Saúde”.</i> <i>“Elaborar e disponibilizar material informativo e preventivo a serem utilizados em campanhas e estarem disponíveis nas UBS”.</i> <i>“Trabalhar com escolares formas de prevenção da DST”; “Busca ativa do público alvo e orientações em parceria com as equipes de ESF e ACS”;</i> <i>“-Implantar o SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas com ênfase a orientações de sexualidade e saúde reprodutiva, HIV e DSTs.”</i>	

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021.

Quadro 20 - Transcrição textual dos PMS do município de Nova Esperança do Sul, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: NOVA ESPERANÇA DO SUL	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
<b>Análise Situacional</b>	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>	<p><i>“E para melhor atender a população do município estão incluídos os principais medicamentos dispensados pelos principais programas de saúde, como Grupo de Hipertensos e Diabéticos, Grupo de Gestantes, além de antibióticos, analgésicos, suplementação de ferro, vermífugos, entre outros.”</i></p> <p>Contempla indicador de Nascimento por residência da mãe, por Consulta de pré-natal segundo Tipo de parto. Período: 2011</p>	
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>	<p>Apresenta tabela com o número de “Atendimento DST/AIDS - 20” realizados no ano de 2012</p>	<p>Apresenta tabela com o número de “Atendimento DST/AIDS - 20” realizados no ano de 2012</p> <p><i>Em 2011, foram implantados os Testes Rápidos de HIV e Sífilis no município, em toda a Atenção Básica, ampliando o diagnóstico precoce.</i></p>
<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>	<p>Como objetivo <i>“Manter, incentivar os grupos de gestantes”</i> e como meta <i>“Através dos agentes de saúde, fazer convites para as mulheres gestantes comparecerem aos encontros. Desenvolver atividades que despertem o interesse na participação, mesmo através de rodas de conversa.”</i></p> <p>Objetivo <i>“Estruturação física e funcionamento da sala de ultrassom.”</i> e como meta <i>“Atender as pacientes gestantes conforme as necessidades apontadas pelo médico obstetra do SUS do município.”</i></p> <p>Objetivo <i>“Implementar o Programa Rede Cegonha”</i> meta <i>“Capacitando os profissionais das unidades para coleta de testes rápidos de HIV em todas as gestantes em pré-natal.”</i></p>	<p>Plano de Ações e Metas DST/HIV/Aids e Hepatites Virais: <i>“1. Ampliar Diagnóstico na Atenção Básica com manutenção dos Testes Rápidos; 2. Realizar assistência às gestantes conforme protocolo; 3. Reduzir a incidência de HIV, sífilis e Hepatite B em crianças menores de 5 anos, nascidas no município; 4. Ofertar os Testes Rápidos para 100% das gestantes que realizam pré-natal no município, inclusive ofertando os TR no parto para gestantes da rede pública e privada de saúde; 9. Realizar campanhas municipais de prevenção do HIV, DSTs e hepatites virais dirigidas a população geral, no município; 10. Capacitar profissionais da Rede de Saúde com relação aos eixos de prevenção, promoção, diagnóstico e assistências à casos DSTs, HIV, Aids e Hepatites Virais, bem como suas comorbidades”;</i></p> <p>Como meta prevê manter nulo os casos de sífilis congênita.</p>

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021.

Quadro 21 - Transcrição textual dos PMS do município de Santiago, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: SANTIAGO	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
Análise Situacional	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>	<p>Gráfico da população geral com a descrição do mesmo, além do seguinte texto: <i>“Estes dados numéricos nos remetem a atenção ao pré-natal, e saúde da criança tanto na atenção básica como nos serviços de referência, os quais foram fortalecidos a fim de reduzir os riscos a gestantes e ao recém-nascido, e conseqüentemente se observa na redução de nascidos vivos baixo peso.”</i></p> <p>No programa PIM informa que <i>“Em Santiago, o PIM atende cerca de 425 famílias, 425 crianças e 75 gestantes.”</i></p> <p>No item da assistência farmacêutica, <i>“prioriza-se o fornecimento de medicamentos para pacientes que fazem parte de algum programa de saúde desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde como: Grupo de Hipertensos e Diabéticos, Grupos de Gestantes entre outros...”</i></p> <p>Gráfico da Porcentagem de Gestantes Adolescentes por ESF do ano de 2013.</p>	<p>Gráficos e análises do perfil de natalidade, do tipo de parto, gestações gemelares, recém nascido de risco, escolaridade da mãe e perfil gestacional, todos gráficos com a série de 2014 à 2016.</p> <p>No item da assistência farmacêutica, <i>“prioriza-se o fornecimento de medicamentos para pacientes que fazem parte de algum programa de saúde desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde como: Grupo de Hipertensos e Diabéticos, Grupos de Gestantes entre outros...”</i></p>
	<b>1.1 Cuidado à gestante em relação à SG e SC</b>	<p>Quanto ao SAE – Serviço de Assistência Especializada HIV/Aids e Hepatites Virais, <i>“Em 2011, foram implantados os Testes Rápidos de HIV e Sífilis no município, em toda a Atenção Básica, ampliando o diagnóstico precoce. Em 2013, a implantação dos Testes Rápidos Hepatites Virais (HBsAg e HCV).”</i></p>	<p>Descrição da SG e SG, sintomas, conseqüências, ações que devem ser desencadeadas e análise do indicador - <i>“Analisando os dados do município teremos em 2014 seis casos de sífilis gestacional, em 2015 também seis casos e em 2016 foram vinte casos registrados, iniciando o surto de sífilis que intensifica-se a cada ano entre gestantes e não gestantes, as idades variam de 16 a 36 anos de idade, a raça predominante é branca e 90% dos casos foi diagnosticado no primeiro trimestre de gestação.”</i></p> <p><i>“De 2014 a 2016 foram notificados dezessete casos de sífilis congênita, sendo dois casos em 2014, um menino e uma menina, três casos em 2015, um menino e duas meninas e doze casos em 2016, sendo seis meninos e seis meninas. Não há relação da raça ou sexo da mãe ou da criança para adquirir sífilis, o que</i></p>

			<i>determina se ela nascerá com sífilis ou não é o pré-natal devidamente realizado e a gestante bem tratada e monitorada.”</i>
	<b>1.2 Cuidado ao parceiro em relação à SG e SC</b>		<i>“A maioria dos bebês infectados não apresenta qualquer sintoma ao nascer e por isso todos precisam realizar o exame VDRL ao nascer, 3 e 6 meses depois, iniciando o tratamento logo que a doença seja descoberta. O tratamento é feito com Penicilina durante a gestação e o parceiro precisa ser tratado concomitantemente.”</i>
	<b>2. Cuidado em relação às IST</b>	<p>No item regulação, em tabela de tempo de resolutividade de consultas e exames (sem data), <i>“Sorologia para Sífilis (VDRL) - imediato.”</i></p> <p>Tabela dos anos de 2009 à 2012 dos incentivos recebidos pelo Programa DST/AIDS.</p> <p>Ainda na análise situacional, em 2011, foram implantados os Testes Rápidos de HIV e Sífilis no município, em toda a Atenção Básica, ampliando o diagnóstico precoce. Em 2013, a implantação dos Testes Rápidos Hepatites Virais ( HBsAg e HCV).</p>	

<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<p><b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b></p>	<p>No item: SAE – Serviço de Assistência Especializada HIV/Aids e Hepatites Virais  <i>Plano de Ações e Metas DST/HIV/Aids e Hepatites Virais:</i>  1. Ampliar Diagnóstico na Atenção Básica com manutenção dos Testes Rápidos;  2. Realizar assistência às gestantes conforme protocolo;  3. Reduzir a incidência de HIV, sífilis e Hepatite B em crianças menores de 5 anos, nascidas no município;  4. Ofertar os Testes Rápidos para 100% das gestantes que realizam pré-natal no município, inclusive ofertando os TR no parto para gestantes da rede pública e privada de saúde;  5. Realizar controle e cura da tuberculose dos pacientes co-infectados HIV-TB;  6. Reduzir proporção de pacientes soropositivos para HIV com o primeiro CD4 inferior a 350cel/mm3, no município;  7. Disponibilizar preservativos masculinos, preservativos femininos e gel lubrificante, conforme pactuações CIB – Comissão Intergestora Bipartite/ RS e planilha de necessidades para a população em geral;  8. Desenvolver, conforme diagnóstico de necessidades reconhecidas por indicadores, projetos de promoção, prevenção e proteção específica para populações vulneráveis;  9. Realizar campanhas municipais de prevenção do HIV, DSTs e hepatites virais dirigidas a população geral, no município;  10. Capacitar profissionais da Rede de Saúde com relação aos eixos de prevenção, promoção, diagnóstico e assistências à casos DSTs, HIV, Aids e Hepatites Virais, bem como suas comorbidades;  11. Implantar CAMI – Centro d Aplicação de Medicação Injetável, conforme orientações técnicas e normativas da Coordenação Nacional de hepatites Virais/MS;  12. Desenvolver em conjunto com o Grupo Técnico Intersetorial o PSE – Programa de Saúde na Escola.  13. Assistir usuários do SAE conforme normas, diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde;  14. Manter o incentivo financeiro do Ministério da Saúde, realizando a Programação anual de Ações e Metas e seu monitoramento;  15. Realizar a vigilância epidemiológica dos agravos, sob responsabilidade de assistência do SAE/ Santiago – RS.”</p>	<p>No item: SAE – Serviço de Assistência Especializada HIV/Aids e Hepatites Virais  <i>Plano de Ações e Metas DST/HIV/Aids e Hepatites Virais:</i>  1. Ampliar Diagnóstico na Atenção Básica com manutenção dos Testes Rápidos;  2. Realizar assistência às gestantes conforme protocolo;  3. Reduzir a incidência de HIV, sífilis e Hepatite B em crianças menores de 5 anos, nascidas no município;  4. Ofertar os Testes Rápidos para 100% das gestantes que realizam pré-natal no município, inclusive ofertando os TR no parto para gestantes da rede pública e privada de saúde;  5. Realizar controle e cura da tuberculose dos pacientes co-infectados HIV-TB;  6. Reduzir proporção de pacientes soropositivos para HIV com o primeiro CD4 inferior a 350cel/mm3, no município;  7. Disponibilizar preservativos masculinos, preservativos femininos e gel lubrificante, conforme pactuações CIB – Comissão Intergestora Bipartite/ RS e planilha de necessidades para a população em geral;  8. Desenvolver, conforme diagnóstico de necessidades reconhecidas por indicadores, projetos de promoção, prevenção e proteção específica para populações vulneráveis;  9. Realizar campanhas municipais de prevenção do HIV, DSTs e hepatites virais dirigidas a população geral, no município;  10. Capacitar profissionais da Rede de Saúde com relação aos eixos de prevenção, promoção, diagnóstico e assistências à casos DSTs, HIV, Aids e Hepatites Virais, bem como suas comorbidades;  11. Implantar CAMI – Centro d Aplicação de Medicação Injetável, conforme orientações técnicas e normativas da Coordenação Nacional de hepatites Virais/MS;  12. Desenvolver em conjunto com o Grupo Técnico Intersetorial o PSE – Programa de Saúde na Escola.  13. Assistir usuários do SAE conforme normas, diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde;</p>
--------------------------------------	---	---	--

	<p>No item: Resultados do II Fórum Municipal Pró-Desenvolvimento de Santiago  <i>“Implantação da UTI neonatal”; “Adesão a legislação que permite acompanhante durante o parto Fortalecimento/aprimoramento do pré-natal, intra-parto, puericultura no município”; “Otimizar a casa de gestante”; “Fortalecer o pré-natal”; “Adesão hospitalar na Rede Cegonha”; “Aumentar em 100% o número de testes de triagem do HIV, sífilis no município”; “Ampliar o acesso dos usuários ao preservativo”; “Seguir protocolos do Ministério da saúde/coord DST/ AIDS e hepatites virais na assistência”; “Realizar campanhas de testagem rápida para população em geral”; “Cadastrar/ fortalecer SAE/CTA E UDM Municipal” e “Assegurar assistência 100% dos usuários do SAE - Santiago”.</i></p> <p>No item: Objetivos, ações e metas:  <b>OBJETIVO:</b> <i>“Promover a formação de cidadãos responsáveis e solidários, com qualidade de vida.”</i></p> <p><b>AÇÕES:</b>  <i>- Fortalecer os Objetivos do Milênio através de projetos de prevenção do HIV e hepatites virais para populações com vulnerabilidade social (Dama das Camélias, Família Rural, GLBTTJS, Presídio, Cancioneiros e Terceira Idade);  - Teste rápido sífilis, HIV, hepatites virais, disponibilizado em toda a rede de assistência à saúde;  - Ampliar o acesso dos usuários ao preservativo;  - Seguir protocolos do Ministério da Saúde, Coordenação DST/AIDS e Hepatites Virais na assistência;  - Realizar campanhas de testagem rápida para população em geral;  - Cadastrar/Fortalecer SAE/CTA/UDM Municipal;</i></p>	<p><i>14.Manter o incentivo financeiro do Ministério da Saúde, realizando a Programação anual de Ações e Metas e seu monitoramento;</i>  <i>15.Realizar a vigilância epidemiológica dos agravos, sob responsabilidade de assistência do SAE/ Santiago – RS.”</i></p> <p>No item: Diretrizes, objetivos e metas, objetivo: fortalecer a Atenção primária à saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção, tem como meta a <i>“diminuição para zero número de casos novos de sífilis congênita”</i>. Em relação às gestantes, tem como meta <i>“a descentralização do pré-natal de baixo risco para a atenção primária, por meio de consultas compartilhadas entre a estratégia e o serviço de referência - Centro Materno Infantil e Manter protocolos de pré-natal em conjunto com o centro materno.”</i></p> <p>Apresenta outras metas relacionadas às categorias estudadas no PPA, anexo ao PMS. Contudo, o instrumento analisado foi somente o PMS.</p>
--	---	---

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-201

Quadro 22 - Transcrição textual dos PMS do município de São Francisco de Assis, R02, das vigências 2014-2017 e 2018-2021.

	Município: SÃO FRANCISCO DE ASSIS	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021
Análise Situacional	<b>1. Cuidado à gestante no Pré-natal</b>	<p>Tabela de Mortalidade apresentada pelo município em sequência histórica de 2003-2013, “<i>Algumas afecções originadas no período perinatal - total de 21 casos no total da série.</i>”</p> <p>Gráfico com Histórico de óbitos infantis de 2001-2013. “<i>Um indicador positivo para o município está na diminuição da ocorrência de óbitos infantis na última década, aproximando-se da extinção deste fato. O que se deve ao bom trabalho das equipes na realização de busca ativa de gestantes para a concretização do pré-natal, fator determinante para o bom desempenho do município no que se refere a outro indicador, a mortalidade materna, sendo que na sequência histórica de 1996 a 2013 não houve ocorrência de óbito em gestante e mulheres que deram a luz. O que reflete um excelente indicador para a saúde da mulher, sendo que nossas equipes trabalham para a realização do pré-natal em todas as gestantes.</i>”</p> <p>Em relação ao indicador de nascidos vivos de 2003-2013, “<i>O município de São Francisco de Assis acompanha a disposição nacional de diminuição do número de nascimentos, sendo que a maioria ocorre de parto cesáreo, nascendo na média de 37 a 40 semanas, a maioria das mães realiza sete ou mais consultas pré-natal, sendo acompanhadas pela equipe do Centro Materno Infantil e das Unidades de Saúde. Todos os nascidos tem a garantia da realização da primeira consulta, assim como, dos testes e vacinação necessária aos recém-nascidos.</i>”</p> <p>Tabela com % de cobertura de consultas de pré-natal de 2004-2009.</p>	<p>No Perfil Epidemiológico, apresenta indicador de Nascimentos (2010-2015). “<i>A tabela 13 demonstra o número de nascimentos de gestantes residentes no município, havendo harmonia no número de nascidos vivos no decorrer dos anos, sendo crescente o número de partos cesáreos.</i>”</p> <p>Indicador de incidência de óbitos infantis, “<i>Em São Francisco de Assis, o número absoluto de óbitos infantis por ano é baixo. As equipes de saúde trabalham na prevenção e acompanhamento pré-natal, na busca de zerar o número de incidência.</i>”</p> <p>Indicador de Proporção de nascidos vivos com Baixo peso ao nascer</p> <p>Indicador de Proporção de Nascidos Vivos de Mães com Sete ou Mais Consultas Pré- Natal, “<i>O percentual de nascidos vivos de mães que fizeram sete ou mais consultas pré-natal, serve como indicador de saúde, que mede a cobertura do atendimento pré-natal de gestantes, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos.</i>”</p> <p>Descreve sobre o centro materno, “<i>O Centro Materno Infantil presta serviços de especialidades na linha de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança.</i>”</p>
	<b>1.1 Cuidado à gestante em relação à SG e SC</b>	<p>Gráfico com Histórico de óbitos infantis de 2001-2013 “<i>O que também contribui para apurar casos de DSTs prematuramente, refletindo em nenhum caso de incidência de sífilis congênita nos últimos anos.</i>”</p>	<p>Indicador de Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis em menores de 1 ano. “<i>O indicador da ocorrência de sífilis em gestantes e de sífilis congênita expressa a</i></p>

			<p><i>qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada durante esse período. É relevante ressaltar a epidemia de sífilis ocorrida no Brasil, nos últimos anos, abrangendo todo o território nacional, não caracterizando os casos existentes no município como casos isolados. Porém são de extrema importância a detecção e diagnóstico precoce para tratamento da população.</i></p> <p><i>“Em São Francisco de Assis, conforme apresentado no gráfico acima, os casos de detecção de sífilis em gestantes alcançou seu pico no ano de 2010, apresentando taxa acima de 20%, caindo essa taxa para 5% nos últimos três anos da série histórica. A incidência de sífilis em menores de um ano apresentou taxa abaixo de 5% em 2004, não havendo casos no período de 2007 a 2011, elevando a taxa para 10% em 2012 e mantendo-se nula a partir de 2013 até 2015. No ano de 2012 pode-se observar uma falha na detecção de sífilis em gestantes, sendo que a taxa fica nula, enquanto há detecção de casos de sífilis em menores de um ano.”</i></p>
	<p><b>2. Cuidado em relação às IST</b></p>		<p><i>“A Política Estadual de DST/HIV/AIDS no Rio Grande do Sul é pautada pela diretriz da atenção integral tanto para as Pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), quanto para as que não vivem. Neste sentido, é fundamental a articulação com as redes de atenção à saúde, parcerias intersetoriais e Organizações da Sociedade Civil (OSC).”</i></p>

<b>Diretrizes, Objetivos e Metas</b>	<b>3. Planejamento das ações/propostas de soluções</b>	<p>No eixo de atenção à saúde da gestante e da criança, traz como meta a <i>“redução da mortalidade materno-infantil através da captação precoce da gestante até os três primeiros meses de gestação; Do acompanhamento mensal e prioritário de todas as gestantes identificadas pelos ACS pela equipe médica, odontológica e enfermagem da USF de referência, com imediata inserção no SISPRENATAL; Da viabilização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma de puerpério por gestante acompanhada; Do acesso facilitado à realização de exames complementares e redução no tempo de entrega dos exames; Da disponibilização de exames de sorologia e ultra-sonografia para o pré-natal; Da detecção precoce de grávidas com patologias obstétricas, referenciando-as para o serviço de atendimento de gravidez de alto risco e Casa da Gestante; A implementação do SISPRENATAL.; Da promoção da educação permanente aos profissionais para a melhoria do atendimento do pré-natal, parto e puerpério; Do monitoramento e avaliação das ações do pré-natal e nascimento e do desenvolvimento de ações em educação em saúde para gestantes ( grupos, oficinas, etc).”</i></p> <p>No eixo de atenção a vitima de violencia sexual, traça como meta <i>“Garantir assistência as vitimas de abuso sexual em 100% dos serviços de referência”</i>. Entre as ações, <i>“Disponibilização das medicações para contracepção de emergência e profilaxia das DST.”</i> e <i>“Promoção da educação permanente aos profissionais das unidades em saúde nas áreas de acolhimento, contracepção de emergência e prevenção das DST.”</i></p> <p>Apresenta como meta a redução <i>“em 10% os casos de baixo peso e obesidade em crianças menores de 7 anos e gestantes”</i>.</p> <p>No eixo <i>“Ampliar as ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e aids”</i> <i>“Meta 1 – implementar as ações de prevenção, promoção e controle das dst e aids.”</i> e como ações, <i>“E1 – Garantia de insumos para o atendimento das DST nas US. E2 – Estabelecer um fluxo de referência e contra-referência e um protocolo de atendimento das DST/HIV/AIDS no município. E3 – Confecção de material educativo em DST/HIV/AIDS, para a população geral. E4 – Confecção de material</i></p>	<p>No que tange o objetivo de organizar a rede de atenção à Saúde materna e Infantil para garantir o acesso, acolhimento e resolutividade. O PMS traz:</p> <p><i>“Aumentar a proporção de nascidos vivos de mãe com 07 ou mais consultas de pré-natal de 86% para 90%”</i></p> <p><i>“Realizar no mínimo dois testes rápidos de Sífilis/HIV/Hepatite B/hepatite C por gestante”</i></p> <p><i>“Garantir 100% de diagnóstico e tratamento de sífilis em gestantes”</i></p> <p><i>“Realizar no mínimo dois testes rápidos de Sífilis/HIV/Hepatite B/hepatite C por companheiro de gestante”</i></p> <p><i>“Diminuir de 01 para zero número de casos novos de sífilis congênita”</i></p> <p><i>“Implantar os protocolos de puericultura e pré- natal nas Unidades de Saúde”</i></p> <p><i>“Incentivar ao parto normal”</i></p> <p><i>“Aumentar de 10% para 20% o número de teste rápido de HIV/sífilis/hepatites B e C para a população em geral”</i></p>
--------------------------------------	--	---	--

	<p><i>instrucional em transmissão vertical de sífilis congênita e HIV para gestantes. E5 – Realização de campanhas educativas em prevenção das DST/HIV/AIDS, em datas comemorativas (Carnaval, Dia das Mães, Dia dos Namorados, Festivais, FeirasDia Mundial de Luta contra a AIDS). E6 – Confecção de camisas para campanhas educativas (Carnaval, Dia Mundial de Luta Contra a AIDS). E7 – Implementação das atividades educativas de prevenção das DST/AIDS nas Unidades de Saúde do município. E8 – Ampliação da distribuição de preservativos masculinos para a população mais vulnerável. E9 – Estabelecimento de parcerias interinstitucionais para adoção de atividades de prevenção das DST/HIV/AIDS, através de campanhas educativas nas escolas e distribuição de material educativo de prevenção das DST, nas escolas. E10 - Capacitação de professores e agentes de saúde escolar sobre prevenção das DST/AIDS. E11 – Qualificar 100% dos profissionais de saúde das US em prevenção e assistência em DST/HIV/AIDS. E12 – Supervisão quadrimestral nas US, através de relatório implantado pela coordenação do programa.</i></p> <p><i>E13 – Elaboração de mapa mensal de distribuição de preservativos nas US, sob responsabilidades da coordenação do programa e farmacêutica. E14 – Elaboração de relatórios estatísticos de exames de VDRL e HIV realizados. E15 – Realização de levantamentos epidemiológicos semestrais(indicadores epidemiológicos) dos agravos de saúde.”</i></p>	
--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos PMS 2014-2017 e PMS 2018-2021



**APÊNDICE C - PROPOSTA DE GUIA PRÁTICO DE ANÁLISE SITUACIONAL  
PARA ELABORAÇÃO DE PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

**PROPOSTA DE GUIA PRÁTICO DE ANÁLISE  
SITUACIONAL PARA ELABORAÇÃO  
DE PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

**Setor de monitoramento e Avaliação**  
*4crs-monitoramento@saude.rs.gov.br*  
**Andreia Moro – [Andreia-moro@saude.rs.gov.br](mailto:Andreia-moro@saude.rs.gov.br)**  
**Telefone: 55-32171888 Ramal 122**

**Julho/2021**

**PROPOSTA DE GUIA PRÁTICO DE ANÁLISE SITUACIONAL PARA  
ELABORAÇÃO DE PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o mais importante documento da gestão, decorrendo dele a Programação Anual de Saúde e os Relatórios de Gestão (anual e quadrimestrais). Com o objetivo de facilitar a elaboração do diagnóstico situacional dos PMS, este guia busca sugerir a estrutura e as fontes de informação a serem utilizadas, pelos gestores e demais atores, na construção do instrumento central de planejamento da saúde, PMS.

Considerando que, o planejamento no SUS não deve ser algo inerte, estático e burocrático, repensar a maneira de elaborar o PMS, juntamente com todos atores envolvidos, através do PES, é a lógica mais adequada para a construção deste instrumento, uma vez que o PES reconhece os sujeitos que vivem a realidade que se quer planejar, a influência e a necessidade da participação destes no processo de planejamento (MATUS, 2005).

É importante destacar que, cada município apresenta sua singularidade, bem como é livre para acatar as sugestões propostas neste guia. Contudo, ratifica-se que este é apenas uma orientação, um apoio à elaboração do PMS.

É sabido que, apesar de ser o responsável sanitário máximo no território, o secretário de saúde deve contar com equipe técnica apoiadora na construção do PMS. Destaca-se a participação de representantes dos principais prestadores do município; trabalhadores da saúde, da gestão e da assistência, bem como a comunidade e CMS.

## **I - ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1. DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO**

- Introdução do objetivo do PMS (promessas de campanha, dados do CMS, fundo municipal e da última conferência de saúde (inserir deliberações em anexo, se possível enumerá-las e relacioná-las às diretrizes do PMS));
- Mapa do município;
- Histórico (origem e formação);
- Limites, localização, divisões territoriais (linhas e distritos);
- Principais Rodovias;
- Distância média dos municípios vizinhos, dos centros de referência da região e da capital.
- Participação em consórcio e outros;

### **2. PERFIL DEMOGRÁFICO**

- População total: Distribuição por sexo e faixa etária;
- Dinâmica populacional: Análise da pirâmide e curva de crescimento populacional;
- Migrações, população flutuante, meses de maior concentração de pessoas (balneários);

- Densidade demográfica (número de habitantes por Km<sup>2</sup>);
- Coeficiente Geral de Natalidade;
- Cor/raça da população;
- Taxa de fecundidade;
- Expectativa de vida;
- Proporção de população urbana e rural.

### 3. DETERMINANTES E CONDICIONANTES

- Produto Interno Bruto - PIB
- Índice de desenvolvimento econômico – IDESE;
- Principais atividades econômicas;
- Índice de desemprego;
- Proporção da população com renda inferior a ½ salário mínimo;
- Renda média domiciliar *per capita*;
- Taxa de trabalho infantil;
- Cobertura de planos de saúde;
- Condicionais do bolsa família;
- Grupos sociais organizados (associações de moradores, sindicatos, clubes de serviços);
- Entidades comunitárias existentes (centros comunitários, clubes Sociais e recreativos);
- Eventos populacionais típicos (festas comemorativas, festas folclóricas e anuais);
- Rede de ensino pública e privada; número de escolas de educação infantil e vagas;
- Número de alunos matriculados por faixa etária;
- (Número de escolas existentes, ensino fundamental, ensino médio e profissionalizante);
- Taxa e principais causas de evasão escolar;
- Taxa de analfabetismo;
- Escolaridade: distribuição da população por escolaridade;

- Produção Agrícola – Agrotóxico;
- Água (tipo, % de cobertura populacional);
- Esgoto (tipo, % de cobertura populacional);
- Energia (tipo, % de cobertura populacional);
- Resíduos (coleta e destino final);
- Habitação (predominância do tipo de habitação, existência de assentamento de famílias);
- Meio Ambiente (poluição; uso de pesticidas; recursos naturais do município - exploração e preservação, dengue, chikungunya e Zika Vírus, etc).

#### Onde buscar?

- ➔ BI PÚBLICO da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, existem inúmeras informações, principalmente a série histórica dos municípios com os principais indicadores. <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>
- ➔ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
- ➔ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- ➔ CONASS - <http://www.conass.org.br/guiainformacao/category/determinantes-da-saude/>
- ➔ DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

#### 4. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

Neste item deverá ser descrita a forma que está estruturado e organizado o sistema de saúde, quais os programas/políticas e/ou serviços existentes e como estão sendo ofertados para comunidade. Nesta seção, deve-se informar toda a estrutura das redes de assistência existentes no município, bem como produção dos serviços de saúde da atenção primária, secundária e terciária.

##### Atenção Primária

- Cobertura de equipes da atenção básica;
- Cobertura de estratégia de saúde da família;
- Cobertura equipe de saúde bucal;

- Cobertura de agentes comunitários de saúde;
- Cobertura vacinal;
- ICSAB – Internações por condições sensíveis da atenção básica;
- Políticas/Programas implantados;
- Vigilância em Saúde - Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador (notificações);
- Estado nutricional;
- Cobertura de citopatológico;
- Cobertura de mamografia;
- Planificação da APS;
- Capacidade instalada (número absoluto) dos dispositivos da APS – NAAB, NASF, Oficinas Terapêuticas, Mais Médicos, pontos do Telessaúde, visitadores do PIM, Agente de Combate às Endemias, entre outros;
- Dados de produção;
- Assistência Farmacêutica (estrutura, pontos de atenção, fluxos e prestação da assistência, índice de dispensação; fonte de compra; medicamentos mais utilizados; sistema de informação).

### **Atenção Secundária e Terciária**

- Capacidade instalada – Hospital (organização, funcionamento, porte, número de leitos destinados ao SUS, disponibilidade de equipamentos); ambulatório, laboratório, Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, CAPS;
- Prestadores que mais são acessados;
- Consultas especializadas;
- Serviços de referência e contrarreferência;
- Procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e dados de produção;

- Urgência e Emergência - Unidade de Pronto Atendimento - UPA; Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) (Organização funcionamento, mecanismos de regulação).

#### Onde buscar?

- BI PÚBLICO da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, existem inúmeras informações, principalmente a série histórica dos municípios com os principais indicadores. <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>
- CONASS - <http://www.conass.org.br/guiainformacao/category/determinantes-da-saude/>
- DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde (CNES) e dados sobre os recursos humanos da SMS: <http://cnes.datasus.gov.br/>
- Para acessar informações referentes à produção ambulatorial e hospitalar do município, utilize o SIA e o SIH. <http://www.datasus.gov.br>
- Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, apresenta dados sobre vigilância sanitária. <http://www.cevs.rs.gov.br/sanitaria>
- Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, apresenta dados sobre vigilância em saúde do trabalhador. <http://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>
- SAGE: sala de apoio à gestão estratégica MS. Disponível em: <https://portalsage.saude.gov.br/>

## 5. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 03/2017, “as redes de atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão” (BRASIL, 2017). Neste eixo sugere-se que sejam descritas todas as redes implantadas no município e não apenas as redes prioritárias.

- Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil;

#### Nascimento

- Nascidos Vivos;
- Baixo peso ao nascer;
- Nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal;
- Proporção de parto Vaginal;
- Taxa de prematuridade.

- Rede de Atenção Psicossocial;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com doenças Crônicas;
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

### **Morbidade**

- Morbidade hospitalar geral por sexo e faixa etária (abrir as cinco principais);
- Saúde Mental (abrir internações do cap. V por sexo e faixa etária);
- DCNT – doenças crônicas não transmissíveis;
- Sífilis (Congênita, Gestante e Adquirida);
- Toxoplasmose;
- Hepatites;
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- HIV/AIDS.

### **Mortalidade**

- Mortalidade geral e por sexo (abrir as cinco principais);
- Mortalidade prematura;
- Mortalidade infantil, fetal e materna;
- Índice de suicídio;
- Índice de Homicídio.

### **Situação de saúde dos grupos populacionais específicos e vulneráveis**

- Pop. negra;
- Quilombolas;
- Pop. do campo floresta e das águas;
- Pop. cigana;
- Pop. indígena;
- Imigrantes;
- Pop. em situação de rua;

- Pop. do campo, flores e das águas;
- Pop. imigrantes, refugiados entre outros;
- Pop. pessoa com deficiência;
- Pop. pessoa privada de liberdade;
- Adolescentes em conflito com a lei;
- População LGBTQIAP+;
- Violência;

### Onde buscar?

- ➔ BI PÚBLICO da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, existem inúmeras informações, principalmente a série histórica dos municípios com os principais indicadores. <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>
- ➔ Atenção básica/RS. Disponível em: <http://atencao basica.saude.rs.gov.br/materiais-novos-gestores>
- ➔ DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
- ➔ Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde (CNES) e dados sobre os recursos humanos da SMS: <http://cnes.datasus.gov.br/>
- ➔ Para acessar informações referentes à produção ambulatorial e hospitalar do município, utilize o SIA e o SIH. <http://www.datasus.gov.br>
- ➔ Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, apresenta dados sobre vigilância sanitária. <http://www.cevs.rs.gov.br/sanitaria>
- ➔ SAGE: sala de apoio à gestão estratégica MS. Disponível em: <https://portalsage.saude.gov.br/>
- ➔ Portal ODS –Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: através dos Relatórios Dinâmicos, é possível ter acesso ao acompanhamento municipal e obter análises sobre a situação de cada Objetivo do Milênio. Endereço de acesso: <http://portalods.com.br/>

## 6. FLUXOS DE ACESSO

Para garantir a integralidade do acesso é necessária a articulação de todos os níveis de complexidade, integrando todos os recursos disponíveis do SUS por meio de processo e fluxos já instituídos no território.

- Portas de Entrada;
- Protocolos Instituídos;

- Fluxos de regulação, acesso e encaminhamentos (Especialidades);
- Referência e Contrarreferência;
- Fluxo de agendamento e encaminhamento de exames e consultas contratualizados ou ofertados pelo município (Ex:Mamografia);
- Fluxo de atendimento das Urgências e Emergências (referências);
- Serviços de APS, média e alta complexidade

#### Onde buscar?

- ➔ As fontes relacionadas à gestão no seu município são obtidas diretamente na Secretaria Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde (DADOS PRIMÁRIOS).
- ➔ Plano Estadual de Saúde do Estado do RS - 2020-2023. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>

## 7. RECURSOS FINANCEIROS

O financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo. Conforme a [Lei nº 141 de 2012](#), os estados devem aplicar no mínimo 12% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde e o Distrito Federal e Municípios 15%. Em 2019 foi lançada a Portaria [nº 2.979, de 12 de novembro de 2019](#), que institui novo financiamento da APS e altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios.

- Análise das transferências entre as esferas de gestão, gasto público total, execução orçamentária e financeira, fundo de saúde e critérios de regulamentação do financiamento;
- Média per capita de aplicação da despesa total em Ações e Serviços Públicos de Saúde - SIOPS;
- Transferências de recursos estadual e federal ao fundo municipal de saúde por subfunção orçamentária per capita;
- Despesas de judicialização da saúde;
- Consultas Populares e Emenda parlamentares;
- Nota fiscal Gaúcha;
- Metodologia de alocação de recursos financeiros, por bloco de financiamento, demonstrando os diferentes tipos de repasses, a periodicidade, o modo de aplicação do

recurso pelo ente receptor e as normativas federais e estaduais somadas aos critérios pactuados entre os gestores.

#### Onde buscar?

- As fontes relacionadas à gestão no seu município são obtidas diretamente na Secretaria Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde (DADOS PRIMÁRIOS).
- SES/RS - Fundo Estadual de Saúde - FES. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/pagamentos> e <http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/relatorio.jsp>.
- <https://portalfns.saude.gov.br/>
- <https://www.conasems.org.br/orientacoes-ao-gestor/ferramentas/>
- [Confira os valores pagos pelo Governo do Estado, via Fundo Estadual de Saúde \(FES\), a municípios e estabelecimentos de saúde adimplentes junto ao CADIN.](#)
- Fundação de Economia e Estatística – FEE - <http://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/>
- Siops – sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde. Disponível em: <http://siopsasp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicRS.def>
- <https://portalsage.saude.gov.br/>

## 8. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A gestão do trabalho e da educação ganhou relevância nacional e tornou-se elemento crucial para a implementação e consolidação do SUS.

- Promessas de campanha para a saúde - prefeito
- Análise da Planificação da Atenção Primária em Saúde, para os municípios que aderiram;
- Planejamento Regional Integrado - PRI;
- Processos de qualificação e educação permanente;
- CIR;
- Ouvidoria;
- Recursos Humanos da SMS - Formas de contratação - cargos em comissão, cargos temporários, entre outros;
- Análise dos quadros de lotação de pessoal por idade, tempo de serviço, escolaridade, formação profissional, jornada de trabalho, vínculo empregatício;

- Quantificação e análise da suficiência de profissionais por categoria - trabalhadores afastados, valores salariais;
- Auditorias realizadas e/ou em andamento.

#### Onde buscar?

- ➔ As fontes relacionadas à gestão no seu município são obtidas diretamente na Secretaria Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde (DADOS PRIMÁRIOS).
- ➔ Siops – sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde.
- ➔ <http://siopsasp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicRS.def>
- ➔ TCE – Tribunal de Contas do Estado do RS. <https://portalnovo.tce.rs.gov.br/fiscalizado/>
- ➔ Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, apresenta dados sobre vigilância em saúde do trabalhador. <http://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>
- ➔ Para acessar informações referentes a rede de serviços do seu município utilize o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde (CNES) e dados sobre os recursos humanos da SMS: <http://cnes.datasus.gov.br/>

## 9. CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO

A educação em saúde coletiva compreende ações que partem dos princípios e diretrizes do SUS, e que se consolidam na formação e pesquisa no campo da saúde. Desta forma, é preciso planejar, desenvolver, e executar ações de educação em saúde que levem em conta as necessidades locorregionais, produzidas a partir do trabalho em conjunto entre os departamentos da SES/RS e na intersetorialidade com outras Secretarias de Governo. Além disso pode ser descritos vínculos e projetos estabelecidos com:

- NUMESC;
- CIES;
- Parcerias com universidades - estágios, residentes;
- Residências multiprofissionais ou uniprofissionais;
- Articulação entre o gestor e o Conselho de Saúde, as resoluções do Conselho e das Conferências de Saúde, as condições de funcionamento do Conselho de Saúde e dos Movimentos Sociais;
- Participação de eventos e premiações em projetos de inovação em saúde.

**Onde buscar?**

As fontes relacionadas à gestão no seu município são obtidas diretamente na Secretaria Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde (DADOS PRIMÁRIOS).