

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO

CLAUDIA ITABORAHY FERREIRA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA:  
UMA ANÁLISE NA MACRORREGIÃO METROPOLITANA  
DE PORTO ALEGRE - RS**

PORTO ALEGRE - RS

2022

CLAUDIA ITABORAHY FERREIRA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA:  
UMA ANÁLISE NA MACRORREGIÃO METROPOLITANA  
DE PORTO ALEGRE - RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de Concentração: Saúde Coletiva  
Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação  
Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

PORTO ALEGRE - RS

2022

#### CIP - Catalogação na Publicação

Itaborahy, Cláudia  
Planejamento em Saúde em Tempos de Pandemia: Uma  
Análise na Macrorregião Metropolitana de Porto Alegre  
- RS / Cláudia Itaborahy. -- 2022.  
83 f.  
Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2022.

1. Planejamento em Saúde . 2. Gestão em Saúde . 3.  
Administração pública. 4. Pandemias. 5. COVID-19. I.  
Rosa, Roger dos Santos, orient. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu orientador, o professor Roger dos Santos Rosa. Sempre generoso e disponível, suas orientações e leituras atentas tornaram este momento bem mais tranquilo. Obrigada! Agradeço ainda aos professores que aceitaram o convite para a qualificação e defesa desta pesquisa.

Agradeço a parceria de todos os colegas de equipe da Seção de Apoio Institucional da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul: Bárbara Zwetsch, Débora Verdi, Jaqueline Sacramento e Jairo Silveira. Agradecimentos especiais ao Jairo, pelos diagramas e pela paciência infinita comigo, e à Jaqueline, com toda minha admiração, por sua enorme generosidade e pelas trocas de ideias tão fundamentais.

Agradeço à Coordenação Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS por ter autorizado a extração de dados no DigiSUS para a pesquisa. Espero contribuir para o trabalho da coordenação em retorno.

Agradeço também ao Luís Paulo Dias, pelas ideias sobre as emergências em saúde pública, e pela ponte com a vigilância. Sou igualmente grata à Júlia Albuquerque e à Marília Lavocat, pela disponibilidade e pelos esclarecimentos sobre os planos de contingência.

*Devemos entender que a construção do futuro é uma tarefa cotidiana, que a história é uma prática que se realiza dia a dia como uma construção política; a história do futuro devemos escolhê-la hoje como prática de liberdade.*

*Mário Testa*

## RESUMO

O planejamento em saúde, ao mesmo tempo em que organiza e direciona a ação da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ter por base as diretrizes estabelecidas pelo controle social e contar com instrumentos de gestão articulados entre si e com o planejamento governamental. Neste contexto, insere-se a situação pandêmica provocada pelo novo coronavírus a que todos os municípios brasileiros foram submetidos a partir de 2020. Realizou-se uma pesquisa buscando analisar as alterações nos instrumentos de gestão em saúde para a inclusão do planejamento de intervenções propostas para o combate à pandemia nos municípios da macrorregião de saúde Metropolitana do Rio Grande do Sul em 2020. Os objetivos do trabalho foram identificar as alterações nesses instrumentos para incluir intervenções relacionadas ao enfrentamento da COVID-19; a natureza dessas intervenções, e se essas alterações foram submetidas aos respectivos conselhos de saúde. Além disso, verificou-se o percentual da dotação empenhada para o combate à pandemia, quantos municípios elaboraram planos de contingência e a natureza das intervenções propostas nesses planos. Foram examinados os Planos Municipais de Saúde 2018-2021, as Programações Anuais de Saúde de 2020 e os Relatórios Anuais de Gestão de 2020 dos 89 municípios integrantes da macrorregião de saúde além dos Planos de Contingência dos municípios que o fizeram. Os dados foram extraídos do Sistema Digital dos Instrumentos de Planejamento do SUS, o DigiSUS Gestor. Essencialmente, constatou-se que 57 (64%) municípios realizaram alguma alteração em seus instrumentos de gestão para incluir intervenções para o combate à pandemia. Entre os 32 (36%) municípios sem modificação alguma, 4 inseriram um Plano de Contingência no DigiSUS. Observou-se que 33 (37,1%) municípios alteraram seus Planos de Saúde. Diversos municípios modificaram suas Programações Anuais de Saúde sem atualizar os respectivos Planos de Saúde do qual derivam. Os resultados poderão subsidiar futuras discussões para tomada de decisão sobre a relação do planejamento com as emergências em saúde pública. Além disso, poderão contribuir para qualificar o ciclo de planejamento como um todo.

**Palavras chave:** Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde, Administração pública; Pandemias; COVID-19; Coronavírus.

## ABSTRACT

Health planning, while organizing and directing the action of municipal management of the Single Health System (SUS), must be based on the guidelines established by social control and rely on management instruments articulated with each other and with governmental planning. In this context, the pandemic situation caused by the novel coronavirus to which all Brazilian municipalities have been subjected since 2020 is inserted. The research was conducted seeking to analyze the changes in health management instruments for the inclusion of planning interventions to combat the pandemic in the municipalities of the Metropolitan health macro-region of Rio Grande do Sul in 2020. The objectives of the paper were to identify the changes in these instruments to include interventions related to facing the COVID-19; the nature of the proposed interventions, and whether these changes were submitted to the respective health councils. In addition, we verified the percentage of the endowment committed to fighting the pandemic, how many municipalities prepared contingency plans, and the nature of those interventions proposed in these plans. The 2018-2021 Municipal Health Plans, the 2020 Annual Health Programming, and the 2020 Annual Management Reports of the 89 municipalities that make up the health macro-region were examined, as well as the Contingency Plans of the municipalities that have done so. The data were extracted from the Digital System of SUS Planning Instruments, the DigiSUS Gestor. Essentially, it was found that 57 (64%) municipalities made some changes in their management instruments to include interventions to combat the pandemic. Among the 32 (36%) municipalities without any modification, 4 inserted a Contingency Plan in DigiSUS. It was observed that 33 (37.1%) municipalities changed their Health Plans. Several municipalities modified their Annual Health Planning without updating the respective Health Plans from which they derive. The results can subsidize future discussions for decision-making about the relationship between planning and public health emergencies. Furthermore, they can contribute to qualifying the planning cycle as a whole.

**Keywords:** Health Planning; Health Management; Public Administration; Pandemics; COVID-19; Coronavirus.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

<b>CENDES</b>	Centro de Desenvolvimento
<b>CEPAL</b>	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
<b>CGFIP</b>	Coordenação Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIR</b>	Comissão Intergestores Regional
<b>CIEVS</b>	Centro de Informações Estratégias e Respostas em Vigilância em Saúde
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CRS</b>	Coordenadorias Regionais de Saúde
<b>COAP</b>	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
<b>COE</b>	Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
<b>COVID-19</b>	<i>Corona Virus Disease</i> (Doença do Coronavírus) 2019
<b>DGIP</b>	Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa
<b>DGMP</b>	DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento
<b>DigiSUS</b>	Sistema Digital dos Instrumentos de Planejamento do SUS
<b>DOMI</b>	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
<b>EPI</b>	Equipamento de Proteção Individual
<b>ESPII</b>	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
<b>ESPIN</b>	Emergência em Saúde de Importância Nacional
<b>FN-SUS</b>	Força Nacional do Sistema Único de Saúde
<b>GT</b>	Grupo de Trabalho
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>LDO</b>	Lei de Diretrizes Orçamentárias
<b>LOA</b>	Lei Orçamentária Anual
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOAS</b>	Norma Operacional da Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Normas Operacionais Básicas
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PAE</b>	Plano de Ação do Evento
<b>PAS</b>	Programação Anual de Saúde
<b>PDF</b>	<i>Portable Document Format</i> (Formato Documento Portável)
<b>PDI</b>	Plano Diretor de Investimentos
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PlanejaSUS</b>	Sistema de Planejamento do SUS
<b>PMS</b>	Plano Municipal de Saúde
<b>PPA</b>	Plano Plurianual
<b>PPI</b>	Programação Pactuada e Integrada
<b>QBRN</b>	Químicos, Biológicos, Radiológicos e Nucleares
<b>RAG</b>	Relatório Anual de Gestão

<b>RDQA</b>	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
<b>RREO</b>	Relatório Resumido da Execução Orçamentária
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>RSI</b>	Regulamento Sanitário Internacional
<b>SAGE</b>	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
<b>SARGSUS</b>	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
<b>SCNES</b>	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>SE</b>	Secretaria Executiva
<b>SIOPS</b>	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
<b>SISPACTO</b>	Sistema de Pactuação dos Indicadores
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TABNET</b>	Tabulador de domínio público aplicado às bases de dados do SUS na Internet
<b>TCE/RS</b>	Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE DIAGRAMAS, FIGURAS, QUADROS E TABELAS

<b>Diagrama 1</b> - Situação dos Planos Municipais de Saúde 2018-2021 da macrorregião de saúde Metropolitana do RS .....	51
<b>Diagrama 2</b> - Situação das Programações Anuais de Saúde 2020 da macrorregião de saúde Metropolitana do RS .....	53
<b>Diagrama 3</b> - Panorama geral das alterações dos Planos Municipais e Programações Anuais de 2020 da macrorregião de saúde Metropolitana do RS.....	55
<b>Diagrama 4</b> - Recursos COVID-19 recebidos e empenhados apresentados nos Relatórios Anuais de 2020 da macrorregião de saúde Metropolitana do RS, disponíveis em 31.5.2021.....	60
<b>Figura 1</b> - Visualização da página principal do DigiSUS Gestor- Módulo Planejamento .....	27
<b>Figura 2</b> - Linha histórica da pandemia por COVID-19, Brasil, 2020 .....	33
<b>Quadro 1</b> – Prazos e fundamentação legal das principais atividades e instrumentos de planejamento em saúde a serem elaborados no primeiro ano de gestão municipal .....	20
<b>Tabela 1</b> – Intervenções para o combate à pandemia presentes nos Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais, 89 municípios da macrorregião de saúde Metropolitana – RS, 2020.....	56
<b>Tabela 2</b> - Média e mediana do valor de repasse dos recursos da União e do Estado para os municípios para o combate à pandemia apresentados nos Relatórios Anuais de Gestão disponíveis em 31.5.2021 de acordo com o porte populacional, municípios da macrorregião de saúde Metropolitana – RS, 2020 (em R\$) .....	61

# Sumário

---

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 - PLANEJAMENTO: ASPECTOS HISTÓRICOS E DESAFIOS ATUAIS .....</b>	<b>2</b>
1.1. O Planejamento em Saúde .....	2
1.2. Planejamento Governamental.....	Erro! Indicador não definido.
1.3. Integração do Planejamento em Saúde com o Planejamento Governamental.....	Erro! Indicador não definido.
1.4. O Sistema Digital dos Instrumentos de Planejamento do SUS: o DigiSUS Gestor .....	Erro! Indicador não definido.
<b>CAPÍTULO 2 - EM TEMPOS DE PANDEMIA .....</b>	<b>7</b>
2.1. Resposta às Emergências em Saúde Pública no Brasil e os Planos de Contingência .....	12
<b>CAPÍTULO 3 - AS ALTERAÇÕES NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE EM DECORRÊNCIA DA PANDEMIA: O CASO DA MACRORREGIÃO METROPOLITANA DO RS .....</b>	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
3.1. Objetivos .....	Erro! Indicador não definido.
3.1.1. Objetivo geral .....	Erro! Indicador não definido.
3.1.2. Objetivos específicos .....	Erro! Indicador não definido.
3.2. Aspectos Metodológicos .....	Erro! Indicador não definido.
3.3. Caracterização do território .....	Erro! Indicador não definido.
3.4. Resultados .....	Erro! Indicador não definido.
3.4.1. Os Planos Municipais de Saúde na Pandemia e as Programações de 2020 ...	Erro! Indicador não definido.
3.4.2. Panorama geral das alterações dos instrumentos de gestão para a inclusão das intervenções propostas para o combate à pandemia de COVID-19 no ano de 2020	Erro! Indicador não definido.
3.4.3. As intervenções propostas para o combate ao coronavírus nos Instrumentos de Gestão .....	Erro! Indicador não definido.
3.4.4. Os Relatórios Anuais de Gestão 2020 e a Aplicação de Recursos na Pandemia .....	Erro! Indicador não definido.
3.4.5. Os Planos de Contingência .....	Erro! Indicador não definido.

**CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS .ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.**

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>LEIS, DECRETOS, PORTARIAS .....</b>	<b>19</b>
<b>SITES .....</b>	<b>21</b>
<b>ANEXO A - MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA - RS .....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA ÁREA RESPONSÁVEL PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS DO DIGISUS .....</b>	<b>25</b>
<b>APÊNDICE A - VARIÁVEIS.....</b>	<b>26</b>
<b>Plano Municipal de Saúde .....</b>	<b>26</b>
<b>Programação Anual de Saúde .....</b>	<b>26</b>
<b>Relatório Anual de Gestão .....</b>	<b>27</b>
<b>Plano de Contingência.....</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICE B – CATEGORIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES PROPOSTAS PARA O COMBATE À COVID ENCONTRADAS NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E NAS PROGRAMAÇÕES ANUAIS DE 2020.....ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>	



## INTRODUÇÃO

---

O interesse desta mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRGS em estudar o planejamento no SUS partiu do trabalho que desenvolve no Ministério da Saúde, no apoio à implantação do Sistema Digital dos Instrumentos de Planejamento, o DigiSUS Gestor, no Rio Grande do Sul. Este sistema, que auxilia na organização do processo de planejamento, remete a uma série de questionamentos. Quem planeja, por que e para quem se planejam as ações em saúde são indagações que estão colocadas e não se pretende respondê-las neste trabalho. Contudo, as consideramos como disparadoras deste processo de pesquisa.

No primeiro capítulo, aborda-se aspectos históricos e conceituais do planejamento em saúde, bem como o planejamento governamental e a integração entre eles. Ainda nesse capítulo, é apresentado o sistema no qual os instrumentos de gestão são inseridos e construídos, o DigiSUS, e seus impactos na organização dos instrumentos de gestão. No segundo capítulo, descreve-se a situação pandêmica ocorrida em 2020, bem como as respostas às Emergências em Saúde Pública no Brasil. Os objetivos, metodologias e principais achados da pesquisa sobre as alterações nos instrumentos de gestão em decorrência da pandemia estão descritas no capítulo três deste trabalho, seguido pela discussão dos resultados e considerações finais.

## CAPÍTULO 1 - PLANEJAMENTO: ASPECTOS HISTÓRICOS E DESAFIOS ATUAIS

---

### 1.1. O Planejamento em Saúde

O planejamento enquanto ferramenta de apoio à gestão da saúde no Brasil tem forte influência de ideias inicialmente elaboradas para a área da economia. Posteriormente, esse campo de atuação do planejamento foi ampliado, tendo sido introduzido também nos setores sociais (GIOVANELLLA, 1991).

A instalação da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), no final da década de 1940, é um marco na história do planejamento em saúde em nosso continente apontado por vários autores (RIVERA, 1989; GIOVANELLLA, 1991; RIVERA e ARTMANN, 2012). A CEPAL é uma comissão da Organização das Nações Unidas (ONU) que entendia o planejamento enquanto ferramenta para o desenvolvimento econômico, com o crescimento do produto nacional, a industrialização e a modernização, visando diminuir a distância com os países desenvolvidos (GIOVANELLLA, 1991).

Conforme Rivera (1992), para fins didáticos, o pensamento proposto pela CEPAL pode ser dividido em dois momentos. O primeiro foi um momento de orientação economicista na década de 1950 e o segundo de características sociopolíticas ou integradoras na década de 1960.

A linha de orientação cepalina era, inicialmente, o crescimento econômico para o desenvolvimento dos países subdesenvolvidos, com a substituição das importações de produtos agrários a preços baixos para o aumento do investimento em uma indústria nacional para a produção interna de produtos manufaturados. Assim, *“o planejamento econômico irrompe nesse contexto como aquele instrumento indispensável à racionalização do processo substitutivo e de acumulação nacional.”* (RIVERA e ARTMANN, 2012, p. 26). Contudo, nos anos de 1960 há uma reformulação no discurso desta comissão por se constatar que a proposta economicista do processo de substi-

tuição das importações, além de enfrentar um problema de financiamento, não melhorava o padrão de vida da população como um todo, permanecendo a concentração de renda. (RIVERA,1992). Assim, nos anos 1960 há uma reformulação da proposta de desenvolvimento da CEPAL, que passa a apostar não apenas em crescimento econômico, mas também em reformas sociais e políticas, numa proposta mais global, o que Rivera (1992) nomeou como “sociopolítica” ou “integradora”.

Nesse contexto, foi desenvolvido o Método CENDES-OPAS em 1965, especificamente pensado para o setor da saúde. Este método, amplamente divulgado no Brasil, segundo Rivera e Artmann (2012),

“Representa um enfoque sistêmico de Programação de Recursos de Saúde com forte preocupação com a eficiência, que se expressa na análise de custo benefício. Contempla uma proposta de priorização dos danos à saúde que tende a privilegiar aqueles que representam um custo relativo menor por morte evitada” (p. 27-8).

A proposta do método era orientar as decisões de alocação de recursos ou analisar o desempenho de programas a partir das informações cruzadas de recursos utilizados, custos totais e agravos evitados (BRASIL, 2016). Ressalta-se que o método CENDES-OPAS não considerava morbidade devido à indisponibilidade de informações à época. Consta no Manual de Planejamento do SUS (BRASIL, 2016) que,

Embora seja difícil especificar quando e onde o planejamento central tenha começado no setor saúde, certamente o Método CENDES/OPAS representou o modelo institucional e oficial de busca de racionalidade burocrática no âmbito de estruturas administrativas (ministérios, institutos e secretarias de saúde) que operavam de modo predominante por meio de hierarquias, comando e controle. (p. 57-58)

A Constituição Federal de 1988 vem romper com o processo histórico das políticas de saúde inaugurando, no Brasil, uma nova lógica na gestão da saúde pública no Brasil.

Nos anos 1990 - em 1991, 1992, 1993 e 1996 - foram editadas as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, as NOB/SUS, visando orientar o processo de descentralização da saúde. As duas primeiras tinham como foco o financiamento e o repasse de recursos para a atenção ambulatorial e hospitalar, conforme a lógica do INAMPS, que, aliás, as editou, marcando assim o processo de mudança, e não ruptura, do antigo sistema para o SUS (SCATENA; TANAKA, 2001).

Apenas as duas últimas, as NOB/SUS nº 1/1993 e nº 1/1996, foram editadas como portarias do Ministro da Saúde, sendo que pouco abordam o processo de planejamento do SUS. Em todas as Normas Operacionais, o foco maior é no financiamento e, nas duas últimas, nos processos de habilitação dos municípios e estados. Na NOB nº 1/1993, há a orientação para que o gerenciamento do processo de descentralização no SUS tenha como eixo a prática do planejamento integrado e os foros de negociação e deliberação, não abordando especificidades do planejamento integrado. A NOB nº 1/1996 também não versa especificamente sobre planejamento em saúde, mas aborda amplamente a Programação Pactuada e Integrada, conhecida pela sigla PPI, que destacamos aqui pela relação intrínseca com o planejamento no SUS. A PPI definia a distribuição dos recursos a partir das pactuações de oferta de serviços nos territórios para além dos municípios. O plano municipal de saúde aparece nessa Norma Operacional Básica como requisito para habilitação dos municípios tanto na condição de gestão plena da atenção básica como de gestão plena do sistema.

No início dos anos 2000, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS nº 1/2001 e nº 1/2002) atualizaram a regulamentação de elementos da assistência, considerando principalmente a ampliação das responsabilidades municipais e a regionalização como elementos fundamentais para o avanço do SUS. As Normas Operacionais instituem, dentre outros processos, os Planos Diretores de Regionalização (PDR) que organizariam os territórios em microrregiões e módulos assistenciais para que fossem sistemas resolutivos a partir de redes hierarquizadas de serviços, visando a integralidade e a ampliação do acesso. E é a partir dos PDR que as PPI anuais deveriam ser elaboradas (VIEIRA, 2009; BRASIL, 2002). Os planos municipais de saúde aparecem nas NOAS, assim como haviam sido nas NOB, como requisitos de habilitação dos municípios tanto na condição de gestão plena da atenção básica como na de gestão plena do sistema.

Em 2006, o Pacto pela Saúde (Portaria nº 399) em suas três dimensões, isto é, Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS<sup>1</sup>, trouxe diretrizes não apenas para o planejamento, mas também destacou as temáticas de regulação,

---

<sup>1</sup> Publicado por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde. O Pacto foi revogado em 2009 pela Portaria nº 2.048, que ainda trazia o Pacto pela Saúde em seu anexo III. Somente em 2012, a Portaria nº 1.580, de 19 de julho, retira a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde e revoga portarias.

regionalização (Plano Diretor de Regionalização), financiamento (Plano Diretor de Investimentos) e programação em saúde (Programação Pactuada e Integrada), dentre outras. O Pacto pela Saúde foi um marco na gestão do SUS pois trouxe a ideia de prioridades na gestão e foi considerado como ordenador do processo de gestão do SUS (BRASIL, 2019c). Segundo o Pacto em Defesa do SUS, um dos três componentes do Pacto pela Saúde, o planejamento articulado e solidário representaria o Sistema de Planejamento do SUS.

Logo após o Pacto pela Saúde, em dezembro do mesmo ano, foi estruturado o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)<sup>2</sup>. Havia sete objetivos específicos do Sistema de Planejamento, sendo eles:

- I - Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
- II - Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa; e
- III - implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- IV - Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
- V - Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;
- VI - Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e
- VII - monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS. (BRASIL, 2006c, art. 2º)

Em junho de 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990. Este decreto é um marco na organização do SUS, trazendo conceitos importantes para a lógica de planejamento, assistência e articulação interfederativa no âmbito da saúde pública.

---

<sup>2</sup> Regulamentado pela Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Esta portaria foi revogada pela Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.

O Decreto nº 7.508/2011, trouxe ainda importantes conceitos no âmbito do planejamento, como os de Região de Saúde, Comissão Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde e Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Neste mesmo ano de 2011, a Comissão Intergestores Tripartite – CIT publicou a Resolução CIT nº 1/2011 estabelecendo diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508/2011. Nesta resolução, as Regiões de Saúde foram consideradas a base para a integração da organização, o planejamento e a execução de ações e serviços em saúde.

## CAPÍTULO 2 - EM TEMPOS DE PANDEMIA

---

O ano de 2020 foi um ano atípico em muitos setores, especialmente para a saúde pública mundial, acarretando uma série de desafios para a gestão pública, como sobrecarga do sistema de saúde, adoecimento da população e dos trabalhadores, superfaturamento de equipamentos, falta de insumos necessários ao enfrentamento do vírus e crise econômica, dentre outros. A grave situação de Emergência em Saúde Pública no último ano da gestão municipal do quadriênio 2017-2020 provocou inclusive o adiamento das eleições municipais de 2020.

A pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) fez com que fossem revistas as ações e serviços de saúde para evitar um colapso dos estabelecimentos de saúde, especialmente hospitais, diante do rápido aumento da demanda por leitos de UTI e suporte ventilatório.

Resgatando a linha histórica dos principais acontecimentos nesse período do início da pandemia, em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus no dia 30 de janeiro de 2020. Em 11 de março, a OMS passa a classificá-la como pandemia, com mais de 118 mil registros de casos em 114 países (OPAS-OMS, 2020b).

A declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ES-PIN) ocorre no dia 3 de fevereiro no Brasil, com o primeiro registro de infecção no dia 26 daquele mês e o primeiro óbito em março, dia 17. O Ministério da Saúde declara estado de transmissão comunitária em todo o território nacional no dia 20 de março (BRASIL, 2020d), no mesmo dia em que o legislativo reconhece o estado de calamidade pública no país (BRASIL, 2020o).

Desde 22 de janeiro de 2020, o Brasil já contava com um Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-nCoV) visando uma gestão coordenada na resposta à emergência no SUS (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020h). O Centro de Operações era responsável, dentre outras ações, por planejar, coordenar, propor e controlar as medidas necessárias durante o estado de emergência, bem como divulgar informações ao ministro e à população sobre a situação sanitária do país. A ativação

de um Centro de Operações de Emergência já estava prevista no Plano Nacional de Respostas às Emergências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Também em janeiro foi publicado decreto que dispôs sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública, com a coordenação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020r).

A coordenação federal, a partir da competência técnica na atuação em situações de Emergência de Saúde Pública, foi dificultada pela concepção, especialmente por parte da Presidência da República, de que a pandemia não apresentava grandes riscos à população (HENRIQUES, VASCONCELOS, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020; CHIORO *et al.*, 2021; SOARES, MENEZES, 2021), além de incentivar medicamentos sem comprovação científica (BRASIL, 2020l; D'AVILA, MELO, 2021; HENRIQUES, VASCONCELOS, 2020). Também houve, ao longo de 2020, duas trocas de ministro da saúde e dirigentes, sendo que o terceiro ministro permaneceu como interino por quatro meses antes de ser efetivado (ABRUCIO *et al.*, 2020; GOVERNO DO BRASIL, 2020). Em março de 2021, o Ministro da Saúde foi novamente substituído.

O Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-nCoV) foi perdendo espaço na coordenação da crise e no subsídio de informações para a tomada de decisão ao longo do ano de 2020<sup>3</sup>.

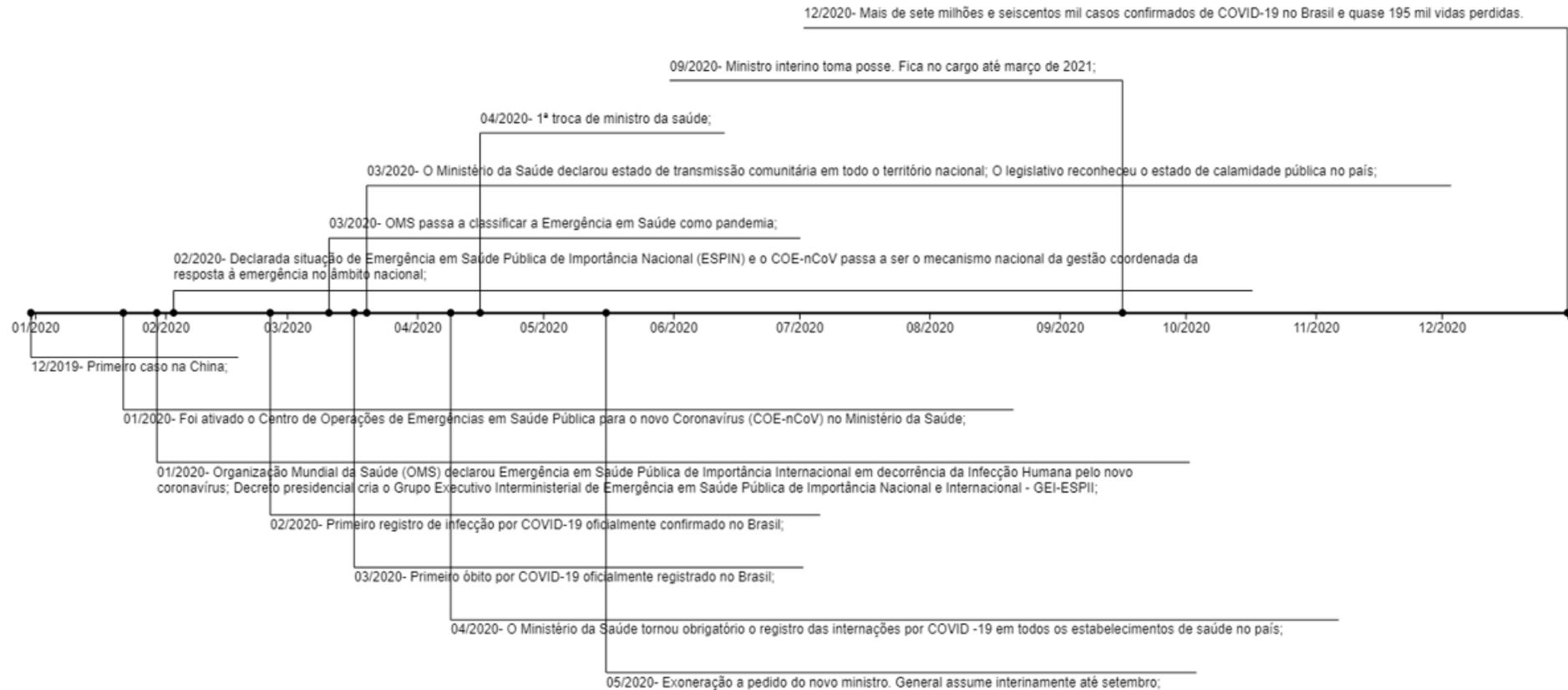
No final de 2020, em 31 de dezembro, o país contava em seus registros oficiais com mais de sete milhões e seiscentos mil casos confirmados e quase 195 mil vidas perdidas<sup>4</sup>. Destes números, o Rio Grande do Sul respondia por mais de 490 mil casos e mais de nove mil e quinhentos óbitos no fim do ano de 2020.

---

<sup>3</sup> Em novembro 2020 foi instituído um Gabinete de Crise no Ministério da Saúde, que passaria a subsidiar as tomadas de decisão do Ministro. Apesar de o COE continuar ativo pelas normativas, em novembro de 2020, a página do Centro de Operações constava apenas reportagens de fevereiro daquele ano. Segundo notícia no site do Conselho Nacional de Saúde, após a primeira mudança na titularidade do Ministério, “as ações do COE estão restritas à coordenação logística na distribuição de insumos pelo país”. (BRASIL, 2020q)

<sup>4</sup> <https://covid.saude.gov.br/> acesso em 14.1.2020

Figura 2 - Linha histórica da pandemia por COVID-19, Brasil, 2020



Fonte: Elaboração própria

Apesar das trocas e dificuldades na coordenação das ações, algumas iniciativas por parte do Ministério da Saúde foram direcionadas aos estados e municípios visando a mitigação do cenário pandêmico. Ainda em março de 2020, o Ministério da Saúde autorizou habilitações<sup>5</sup> de leitos de UTI para pacientes com COVID-19 em todo o país (BRASIL, 2020d). Em julho, atualizou os critérios para tais habilitações (BRASIL, 2020f), condicionando-as à uma avaliação técnica em relação à necessidade dos leitos, taxa de ocupação dos leitos disponíveis, alimentação do sistema *e-SUS Notifica* bem como à existência dos leitos e dos estabelecimentos de saúde nos Planos de Contingência Estaduais.<sup>6</sup>

Também com vistas a mitigar os impactos econômicos, sanitários e sociais da pandemia no Brasil, o Congresso promulgou, em maio de 2020, a Emenda Constitucional nº 106 (BRASIL, 2020n), que possibilitou a abertura de créditos extraordinários de mais de R\$ 600 bilhões e tornou sem efeito, temporariamente, as regras da Lei de Responsabilidade Fiscal<sup>7</sup> para despesas não permanentes, durante a situação de calamidade pública.

Chioro *et al.* (2021) realizaram pesquisa avaliando o uso do Orçamento Federal no enfrentamento da pandemia<sup>8</sup>. Com dados de até novembro de 2020, os autores afirmam que,

“(...) quase R\$ 322 bilhões do orçamento extraordinário (mais de 50%) são referentes ao auxílio emergencial. Pouco mais de R\$ 60 bilhões foram transferidos para os entes em razão das perdas de arrecadação com a crise. R\$ 51,6 bilhões são destinados ao benefício emergencial de manutenção de empregos formais. Os recursos da saúde estão inscritos na ação de Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública

<sup>5</sup> Para recebimento de recursos para o custeio no valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por diária de leito para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19.

<sup>6</sup> A portaria que estabelece os critérios para habilitação de leitos para o enfrentamento da COVID-19 foi revista em dezembro de 2020 (BRASIL, 2020m) e foi mantido o critério de que o estabelecimento e os leitos de UTI deveriam constar obrigatoriamente nos Planos de Contingência Estaduais. Abordaremos sobre os Planos de Contingência adiante.

<sup>7</sup> Orair (2021) explica as brechas e mudanças legislativas que possibilitaram a abertura deste crédito extraordinário pelo Congresso: “A primeira das brechas na legislação é uma cláusula de escape da *Regra de Primário* [que contingencia despesas para cumprir o resultado primário da Lei de Diretrizes Orçamentárias], prevista no art. 65 da LRF, que dispensa a necessidade de cumprimento da meta fiscal em caso de decretação do estado de calamidade pública. A segunda brecha é uma excepcionalidade do *Novo Regime Fiscal*, expressa no sexto parágrafo do art. 107 do ADCT, que exclui do teto de gastos os créditos extraordinários que sejam abertos para atender despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública.” (p. 563)

<sup>8</sup> Os autores analisaram o Programa de Trabalho (funcional programática) 10.122.5018.21C0.6500 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus. Este programa de trabalho foi criado para viabilizar as transferências desses recursos extraordinários. Tal recurso foi nomeado como “recurso COVID-19” nesta pesquisa.

de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus, que tem dotação de R\$ 49,9 bilhões. Considerando apenas as despesas de saúde, são R\$ 43,7 bilhões. Deste total, R\$ 38,3 bilhões são recursos novos e cerca de R\$ 5,5 bilhões são produto de remanejamento interno ao Ministério da Saúde.” (p. 18)

Ressalta-se que os R\$ 43,7 bilhões para as despesas de saúde, que inclui os recursos remanejados, representam um pouco mais de 7% do orçamento extraordinário da pandemia. Os pesquisadores destacam ainda a demora, por parte do governo federal, na alocação dos recursos extraordinários no Ministério da Saúde. Também apontam a não integralidade da execução de valores já autorizados. Segundo a pesquisa, em novembro de 2020 havia quase R\$ 6 bilhões de reais dos recursos da saúde sem empenho para o combate à pandemia.

Além disso, Chioro *et al.* (2021) sugerem que houve priorização da descentralização dos recursos, por meio dos repasses aos estados e municípios, em detrimento de compras centralizadas. Segundo a pesquisa supracitada, o percentual executado pelo governo federal até novembro de 2020, considerando o total disponível para compras centralizadas foi de 49%, valor baixo se comparado aos 89% de execução do valor disponível para transferências a estados e municípios. Diante da ampliação da demanda, em escala mundial, e a restrição de ofertas de equipamentos e insumos, seria esperado que a União protagonizasse a centralização nas aquisições diretas, minimizando o desabastecimento, garantindo melhores condições de compra em razão da economia de escala e uma distribuição mais equânime aos entes federados.

Fernandes e Pereira (2020) concordam quanto à necessidade de aprimoramento na distribuição de recursos por parte do governo federal, na coordenação e na forma de alocação desses recursos para o combate à pandemia. Os autores destacam a expressiva alocação de recursos por meio de emendas parlamentares e a alocação de recursos por critérios políticos. Para eles, a partir da análise da resposta do governo no combate à pandemia através do financiamento para a saúde, há indicação de que *“o modelo de financiamento do SUS não foi modificado em virtude das necessidades de enfrentamento da COVID-19, predominando a lógica de desigualdade preexistente e o viés político”*. (p. 608)

Neste contexto, de altos repasses aos entes federados e baixa coordenação do nível central no combate à pandemia, estados e municípios tiveram que desenvolver respostas rápidas de organização regional<sup>9</sup> para garantir o acesso da população às informações corretas sobre prevenção e aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção.

## 2.1. Resposta às Emergências em Saúde Pública no Brasil e os Planos de Contingência

A pandemia do novo coronavírus não foi a primeira emergência de saúde pública que os gestores das três esferas tiveram que responder. Apesar da abrangência maior, eventos inesperados ocorrem com certa frequência. Existem medidas já estabelecidas, não apenas no Brasil, mas aqui especialmente na área da Vigilância em Saúde, de preparação e resposta às emergências em saúde. Uma dessas medidas, que visam organizar respostas e conter os riscos, é o Plano de Contingência.

O Brasil vem se organizando há décadas na estruturação de respostas às emergências em saúde. Contudo, segundo Henriques e Vasconcelos (2020), foram nas duas últimas décadas que teve avanços mais importantes nas respostas às emergências em saúde no país. Em 2005, o conceito de Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) foi introduzido no país a partir da publicação do Regulamento Sanitário Internacional. Dele se derivou o conceito de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) adotado no Brasil, como sendo uma

“Situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população”. (BRASIL, 2014, p. 7)

Em 2006 foi implantado o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), responsável por detectar, monitorar e coordenar uma resposta às

---

<sup>9</sup> No caso do Rio Grande do Sul, a Comissão Intergestores Bipartite pactuou em maio de 2020 (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE RS, 2020), a elaboração de um Plano de Aplicação de Recursos que contemplasse as ações de enfrentamento do COVID-19 no âmbito da Média e Alta Complexidade, em serviços regionais. Isto porque, em uma única portaria em abril de 2020, o Ministério da Saúde transferiu mais de duzentos e cinquenta milhões de reais para o estado do RS e municípios gaúchos (BRASIL, 2020k).

emergências em saúde de forma ininterrupta (HENRIQUES E VASCONCELOS, 2020; CARMO *et al.*, 2008). Ao longo dos anos posteriores foram implantados centros de informações nos estados e em capitais, formando a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, a Rede CIEVS.

Sobre o CIEVS, Carmo *et al.* (2008) afirmam que

“Amplia a capacidade de detecção e resposta a toda emergência de saúde pública de importância nacional e pode ser uma ferramenta fundamental para o enfrentamento de pandemias, fortalecendo a capacidade de resposta já existente. Compõe uma rede mundial de alerta e resposta (Global Outbreak Alert and Response Network – GoARN), constituída por centros que têm a finalidade de detectar e apoiar a intervenção oportuna sobre emergências de saúde pública, visando evitar a propagação internacional de doenças. (...) O Brasil foi o terceiro país nas Américas a estruturar o seu centro de alerta e resposta. (p. 24-25)

Os autores destacam que, somente entre março de 2006 e setembro de 2008, o CIEVS recebeu 543 notificações de eventos que poderiam representar emergências de saúde pública de importância nacional, o que corresponde a uma média de três eventos por semana epidemiológica. Esses dados apresentam a alta frequência em que esse tipo de evento pode ocorrer.

Além da implantação do CIEVS, os autores descrevem outras ações como a implantação da rede de vigilância epidemiológica hospitalar a partir de 2005 e a ampliação da capacidade laboratorial para responder às emergências em saúde. Carmo *et al.* (2008) citam, inclusive, a preparação do Brasil para uma possível pandemia de influenza, por um novo subtipo do vírus, na estruturação de serviços para uma resposta adequada:

“Dentre as medidas implementadas destacam-se: a elaboração e atualização do Plano Nacional e dos planos estaduais de Preparação; a constituição de um Grupo Executivo Interministerial, que tem sido responsável pelo gerenciamento do Plano e acompanhamento das ações desenvolvidas pelos diversos órgãos do governo federal; a aquisição e produção de insumos – com aquisição de antivirais para uso durante uma eventual pandemia e desenvolvimento da capacidade de produção nacional de vacinas, por meio do Instituto Butantã, tanto para uso durante as campanhas nacionais contra *influenza* “sazonal” quanto para uso em uma situação de pandemia; a aquisição de insumos e capacitação da rede nacional de laboratório de saúde pública para detecção dos vírus *influenza*, incluindo a cepa potencialmente pandêmica; o monitoramento de vírus *influenza* em aves migratórias, por meio da realização de inquéritos sorológicos em áreas de pouso e internada, em parceria com o Ministério da Agricultura, Pecuária e

Abastecimento; o estabelecimento da notificação imediata de caso ou surto de *influenza* humana por novo subtipo; a elaboração de planos de preparação específicos nas áreas de pontos de entrada (portos e aeroportos), agricultura, comunicação, logística, defesa e defesa civil". (p. 27)

O Plano Nacional de Resposta a Emergências em Saúde Pública foi publicado em 2014 (BRASIL, 2014), e dele se derivaram protocolos e planos de contingência a partir de doenças, agravos ou desastres. O Plano é um guia operacional da atuação do Ministério da Saúde, a partir da ação da Vigilância em Saúde, sobre como proceder diante de uma situação de Emergência em Saúde Pública, partindo de um sistema de coordenação e controle, para uma resposta "*oportuna, eficiente e eficaz*". (p. 7) A Secretaria de Vigilância em Saúde atuaria quando a emergência superasse a capacidade de atuação dos entes subnacionais.

Nesse contexto de resposta às emergências em saúde pública, os Planos de Contingência estão definidos no Plano Nacional de Resposta a Emergências como

"Um pré-planejamento para possíveis eventos, e serve de subsídio para a elaboração do Plano de Ação do Evento (PAE). No PC [Plano de Contingência] estarão previstas as responsabilidades de cada organização, as prioridades e medidas iniciais a serem tomadas e a forma como os recursos serão empregados para uma determinada tipologia de emergência em saúde pública. Os PCs devem ser testados por meio de simulados e modificados sempre que necessário. (...) O Plano de Contingência é, portanto, instrumento fundamental para nortear a resposta à determinada tipologia de emergência em saúde pública no âmbito do Centro de Operações de Emergência em Saúde. A elaboração e a revisão dos Planos de Contingência são de responsabilidade das áreas técnicas competentes da Secretaria de Vigilância em Saúde. (p. 29)

Ainda sobre a elaboração dos Planos de Contingência, anteriormente, em 2012, o Ministério da Saúde publicou os "*Requisitos Mínimos para Elaborar Planos de Contingências para Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ES-PII) em Pontos de Entrada Designados pelos Estados Partes do Mercosul segundo o Regulamento Sanitário Internacional - RSI (2005)*" (BRASIL, 2012e). Tratam-se de requisitos mínimos de Planos de Contingência para emergências em pontos de entrada, como fronteiras, portos e aeroportos.

Na ocasião da Copa do Mundo no Brasil, em 2013, o Ministério da Saúde definiu, no âmbito da vigilância e assistência nos eventos de massa, o Plano de Contingência como sendo um plano "*alinhado ao Plano de Emergência e específico por tipo*

*de evento, como desastres naturais, surtos epidêmicos, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes Químicos, Biológicos, Radiológicos e Nucleares (QBRN)”* (BRASIL, 2013).

Assim, o Plano de Contingência precisaria estar alinhado a um plano anterior, que seria um Plano de Resposta às Emergências. E, segundo relatado, conforme o Plano Nacional de Resposta a Emergências em Saúde Pública, serviria de subsídio para a elaboração do Plano de Ação do Evento (PAE).

No início de 2020, o Brasil revisou o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (BRASIL, 2020j), mantendo a orientação dos Planos de Contingência para fronteiras, portos e aeroportos. A normatização da Declaração de Emergência em Saúde de Importância Nacional (ESPIN) e a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)<sup>10</sup> não dispõem sobre a construção de Planos de Contingência.

Logo no início das infecções por SARS-Cov-2, em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 (BRASIL, 2020h)<sup>11</sup>, com três níveis de resposta, estrutura de comando e medidas de resposta para a infecção do novo vírus.

O Brasil adota a ferramenta de classificação de emergência em três níveis, seguindo a mesma linha utilizada globalmente na preparação e resposta em todo o mundo. Deste modo, recomenda-se que as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal, bem como serviços de saúde pública ou privada, agências, empresas tomem nota deste plano na elaboração de seus planos de contingência e medidas de resposta. Toda medida deve ser proporcional e restrita aos riscos vigentes. (p. 5)

Como visto, o Ministério da Saúde colocou como uma das exigências para o repasse de custeio para os leitos de UTI, para uso exclusivo de pacientes com COVID-19, a necessidade de que os estabelecimentos e os leitos de UTI constassem obrigatoriamente nos Planos de Contingência Estaduais (BRASIL, 2020m, art. 3º), embora não haja, nos documentos orientadores sobre a construção de planos de contingência, orientações a esse respeito.

---

<sup>10</sup> Portaria de Consolidação nº 1/2017, art. 22 a 36 (BRASIL, 2017). Normatização por Portaria originalmente publicada em 2011.

<sup>11</sup> Há, ainda, no âmbito federal, outros planos de contingência para situações de emergência em saúde como para seca e estiagem, dengue, sarampo, dentre outros, disponíveis em: <https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/emergencia-em-saude-publica> acesso em 15.1.2021.

Desta forma, todos os estados construíram seus planos de contingência. Alguns municípios também o fizeram, com o intuito de organização do enfrentamento à pandemia.

No caso do Plano de Contingência Estadual do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2020), havia uma seção orientando a elaboração dos planos de contingência locais.

Dentre os aspectos a serem tratados nos planos locais, recomenda-se: Detecção oportuna de caso suspeito, seguindo a definição de caso suspeito atualizada, conforme fluxo do Anexo 1; Fluxo de atendimento e de encaminhamento dos casos suspeitos, levando em conta sua gravidade; Fluxo de atendimento e de encaminhamento dos casos confirmados, levando em conta sua gravidade; Estratégia de educação/capacitação para manejo de situações, considerando a gravidade; Particularidades locais que garantam adequado manejo das situações identificadas, otimizando o uso dos recursos de saúde” (p. 11)

Desta forma, a partir das orientações estaduais, mais diretamente, alguns municípios optaram por organizar as intervenções para o combate à pandemia a partir desta ferramenta, mais amplamente utilizada, até então, nas ações estratégicas da Vigilância em Saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Acredita-se que os dados aqui apresentados possam subsidiar futuras discussões para tomadas de decisão sobre a relação do planejamento com as emergências em saúde pública. Além disso, o trabalho poderá contribuir para qualificar o ciclo de planejamento como um todo.

## REFERÊNCIAS

---

- ABRUCIO et. al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, jul.-ago., p. 663-677, 2020.
- BARROSO, Priscila F. O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no estado do Rio Grande do Sul: visão a partir de três macrorregiões de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2021. 50p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CARMO, Eduardo Hage, PENNA, Gerson e OLIVEIRA, Wanderson Kleber de. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estudos Avançados* [online]. v. 22, n. 64, p. 19-32, 2008 [acesso em 2 dezembro 2021].
- CHIORO, A.; Moretti, B. *et al.* Financiamento do SUS e garantia de direitos [livro eletrônico] : orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19/ Laboratório de Saúde Coletiva; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2021.
- COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. CIB/RS. Resolução CIB/RS Nº 114/20 de 12 de maio de 2020 (Divulga instruções quanto à elaboração de Plano de Aplicação de Recursos oriundos da Portaria GM/MS nº 774/2020, no que tange aos valores correspondentes a média e alta complexidade) Porto Alegre, RS: 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/13135607-cibr114-20.pdf> [acesso em 16.01.2020]
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. CONASEMS. Regionalização da Saúde: posicionamentos e orientações. Brasília, 2019. 56p. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Cartilha-Regionalizacao\\_web.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Cartilha-Regionalizacao_web.pdf) [acesso em 10.01.2021]
- COUTO & CARDOSO Jr. A função dos planos plurianuais no direcionamento dos orçamentos anuais: avaliação da trajetória dos PPAs no cumprimento da sua missão constitucional e o lugar do PPA 2020-2023. Brasília, DF: Ipea, 2020. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9801/1/td\\_2549.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9801/1/td_2549.pdf)
- D'AVILA, A., Melo, M. F. O Astronauta e a Jabuticaba. [Editorial]. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. São Paulo, v.116, n. 1, p. 1-3, jan. 2021. ISSN 1678-4170
- FERNANDES, A; Souza, Thiago. *Ciclo orçamentário brasileiro / Antônio Sergio Araújo Fernandes, Thiago Silva e Souza*. Brasília, DF: Enap, 2019.
- FERNANDES, Gustavo. A.; PEREIRA, Blenda L. S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Rev. Adm. Pública*, v. 54, n. 4, p. 595-613, jul.- ago. 2020. Rio de Janeiro, RJ: 2020.
- FORTIS, M. F. e GASPARINI, C. E. *Plurianualidade Orçamentária no Brasil: diagnóstico, rumos e desafios*. Brasília: Enap, 2017.
- GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002
- GIOVANELLA, Lúgia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, mar. 1991.
- GIOVANELLA, Lúgia. et. al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19 [ artigo de opinião]. *Revista Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 895-90, jul.-set. 2020.
- GOVERNO DO BRASIL. General Pazuello toma posse como Ministro da Saúde. Publicado em 16/09/2020 20h52. 2020 Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/general-pazuello-toma-posse-como-ministro-da-saude> [acesso em 14/02/2020]

HENRIQUES, Cláudio M. P; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. Estudos Avançados, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 25-44, maio/jul. 2020.

MACIEL, V. Nova plataforma auxiliará gestor no planejamento de ações em saúde. Publicada em 23/11/2018. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44727-plataforma-auxiliara-gestor-no-planejamento-e-monitoramento-de-acoes-em-saude> [acesso em 06/08/2020]

OPAS-OMS. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. 2020a.. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812) [acesso em 13.01.2020]

OPAS-OMS.OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.2020b. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812) [acesso em 13.01.2020]

ORAIR, Rodrigo Octávio. Política Fiscal e Resposta Emergencial do Brasil à Pandemia. In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise, n. 28, p. 561-582, 2021. Brasília: Ipea, 2021. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/210826\\_bole-tim\\_bps\\_28\\_nps3.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/210826_bole-tim_bps_28_nps3.pdf) Acesso em: 24/10/2021

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em Saúde para não especialistas. In Tratado da Saúde Coletiva. Organizadores Gastão Wagner. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006, p. 767-782.

PAIM, Jairnilson Silva and Teixeira, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública, v.40, n..spe, p.73-78, ago. 2006b. ISSN 0034-8910

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado – TCE. Relatório Especial de Inspeção. Peça 2215266. Porto Alegre, RS. 2019. Disponível em: [http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/processos\\_detalhes?p\\_processo=30660200181](http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/processos_detalhes?p_processo=30660200181). Acesso em: 16/01/2021

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado – TCE. Relatório Especial de Inspeção. Peça 2158509. Porto Alegre, RS. 2019b. Disponível em: [http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/processos\\_detalhes?p\\_processo=183580200190](http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/processos_detalhes?p_processo=183580200190) . Acesso em: 16/01/2021

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado – TCE. Relatório Especial de Inspeção. Peça 2074619. Porto Alegre, RS. 2019c. Disponível em: [http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/processos\\_detalhes?p\\_processo=183590200193](http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/processos_detalhes?p_processo=183590200193). Acesso em: 16/01/2021

RIVERA, Francisco Javier Uribe e ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 15, n.5, p.2265-2274, ago. 2010. ISSN 1413-8123

RIVERA, Francisco Javier Uribe e ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 4, n.2, p.355-365, 2010. ISSN 1413-8123

RIVERA, Francisco Javier Uribe (org.). Planejamento e Programação em Saúde: um Enfoque Estratégico. 2. Ed. São Paulo: Cortez-Abrasco, 1992. 222p.

RIVERA, Francisco Javier Uribe e ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e Gestão em Saúde: Conceitos, Histórias e Propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2012. 162 p.

ROSA, RS, Cavedon; NR, Motta PCD. "Jeitinho" na Administração de Finanças Públicas: Despesas a Classificar e Empenho Negativo (Capítulo 13). In: Silva JO & Stadlober CS. Gestão Social, Solidariedade e Cidadania. Porto Alegre: Palmarinca, 2009. ISBN 978-85-7727-215-X

SANTOS, N. M. A Organização da Saúde no Rio Grande do Sul. Revista Gestão & Saúde, Curitiba, v. 1, n. 3, p.1-10, 2010.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os Instrumentos Normalizadores (NOB) no Processo de Descentralização da Saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.2, n.10, p.47-74, ago.-dez. 2001.

SOARES, A., MENEZES, R., Coronavírus no Brasil: a marcha da insensatez. Saúde Soc. [online] São Paulo, v.30, n.2, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200653> . Epub 28 Jun 2021. ISSN 1984-0470.

TESTA, M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/ ABRASCO, 1992. 226p.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, v.14, suppl.1, p.1565-1577, out. 2009. ISSN 1413-8123

## LEIS, DECRETOS, PORTARIAS

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal; Brasília, DF: 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. INAMPS. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. (NOB/SUS 91) Brasília, DF, 1991.

BRASIL. INAMPS. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. (NOB/SUS 92) Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. (NOB/SUS 93) Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. (NOB/SUS 96) Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. (NOAS-SUS 01/2001) Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. (NOAS-SUS 01/2002) Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Lei 10.180, de 06 de fevereiro de 2001 (Organiza e disciplina os Sistemas de Planejamento e de Orçamento Federal, de Administração Financeira Federal, de Contabilidade Federal e de Controle Interno do Poder Executivo Federal, e dá outras providências). Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Pacto pela Saúde). Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. (Regulamenta o Planeja-SUS) Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. (Orientações gerais aos instrumentos de planejamento no PlanejaSUS) Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de Novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação). Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.580, de 19 de julho de 2012. (Revoga o Pacto pela Saúde) Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 575, de 29 de março de 2012. (Institui e regulamenta o SAR-GSUS) Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012 (Aprova modelo padronizado do RDQA). Brasília, DF, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 950, de 15 de maio de 2012 (Torna pública a proposta de Projeto de Resolução "Requisitos Mínimos para Elaborar Planos de Contingências para Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIL) em Pontos de Entrada Designados pelos Estados Partes do Mercosul segundo o RSI (2005)"). Brasília, DF, 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1139, de 10 de junho de 2013 (Define, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa). Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Resposta às Emergências em Saúde. Brasília, DF: 2014. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde e Fiocruz. Manual de Planejamento do SUS. Volume 4. Brasília, DF, 2016.p. 137.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016. Brasília, DF, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 44, de 25 de abril de 2019. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019. (Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP) Brasília, DF, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Articulação Interfederativa. [Site Institucional]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite/pacto-pela-saude>. Acesso em 09/09/2019. Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Usuário - Módulo Planejamento DigiSUS Gestor (Última Atualização: 06/2020). Brasília, DF, 2020. 55p. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/ogQCpzyJ39cUgovooofBPaRBPqm0IGR9UbgIxF2d.pdf> (Acesso em 15/08/2020)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. (Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus) Brasília, DF, 2020a.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. (Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019) Brasília, DF, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. (Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus) Brasília, DF, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 414, de 18 de março de 2020. (Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19.) Brasília, DF, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. (Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus) Brasília, DF, 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.802, de 20 de julho de 2020. (Autoriza a habilitação de novos leitos de UTI adulto para pacientes com COVID-19) Brasília, DF, 2020f.

BRASIL. Ministério da Saúde. DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento: Integração e transparência no Planejamento em Saúde [cartilha]. Brasília, DF, fevereiro de 2020. 23p. 2020g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, COE-COVID-19. Brasília, DF, 2020h. 12p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 7/2020-CGFIP/DGIP/SE/MS. Brasília, DF, 2020i.

BRASIL. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020 (Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005). Brasília, DF, 2020j.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 774, de 09 de abril de 2020. Brasília, DF, 2020k.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Nota informativa nº 9/2020-se/GAB/SE/MS. Orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19 [internet]. Brasília, DF: 2020l. [acesso em 14 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/Nota-informativa---Orienta----es-para-manuseio-medicamentoso-precoce-de-pacientes-com-diagn--stico-da-COVID-19.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.300, de 4 de dezembro de 2020. (Autoriza a habilitação de novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Pediátrico COVID-19 para atendimento exclusivo dos pacientes SRAG/COVID-19) Brasília, DF, 2020m.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020. (Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia). Brasília, DF, 2020n.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 6, de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Brasília, DF, 2020o.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 02 Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, COE-COVID-19. Brasília, DF, 2020p. 23p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Covid: Entidades da Saúde ressaltam urgência da recomposição do Centro de Operações de Emergência. Publicado em 27 de julho de 2020. Brasília, DF, 2020q. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1290-covid-entidades-da-saude-ressaltam-urgencia-da-recomposicao-do-centro-de-operacoes-de-emergencia> Acesso em 25/11/2021

BRASIL. Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Brasília, DF, 2020 (Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESP. Brasília, DF, 2020r.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Plano de Contingência e Ação Estadual do Rio Grande do Sul para Infecção Humana COVID-19. Versão 12 (25/06/2020). Porto Alegre, RS, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202006/25174120-plano-de-acao-corona-2020-rs-versao-12.pdf> Acesso em 27/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é a Covid-19? Saiba quais são as características gerais da doença causada pelo novo coronavírus, a Covid-19. Publicado em 08/04/2021. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em 27/10/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 20/2021-DGIP/SE/MS. Brasília, DF, 2021a.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 55.718, de 12 de janeiro de 2021. (Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde). Porto Alegre, RS, 2021.

## SITES

[site] Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). Disponível em: [https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS\\_TOKEN=GA7E-MFTU-ZABX-OOQS-THTA-H9PB-6FUN-HGFH](https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS_TOKEN=GA7E-MFTU-ZABX-OOQS-THTA-H9PB-6FUN-HGFH)

[site] Sistema de Pactuação dos Indicadores (SISPACTO) Disponível em: <https://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/>

[site] Sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Disponível em: <https://digi-susgmp.saude.gov.br/>

[site] Painel Coronavírus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> acesso em 14.01.2021

[site] Emergência em Saúde Pública. Planos de Contingências. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/emergencia-em-saude-publica> acesso em 15.01.2021

[site] Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Disponível em: <https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento> acesso em 15.10.2021

[site] Fundo Nacional de Saúde. Consulta consolidada. Disponível em: <https://consul-tafns.saude.gov.br/#/consolidada> acesso em 04.11.2021

## ANEXO A - MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA - RS

MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	COORDENADORIA	POPULAÇÃO ESTIMADA EM 2019
Alvorada	Capital/Vale do Gravataí	1ª CRS– Porto Alegre	210.305
Arambaré	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	3.581
Araricá	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	5.698
Arroio do Sal	Belas Praias	18ª CRS– Osório	10.065
Arroio dos Ratos	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	14.151
Balneário Pinhal	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	14.068
Barão	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	6.171
Barão do Triunfo	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	7.487
Barra do Ribeiro	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	13.491
Brochier	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	5.074
Butiá	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	20.941
Cachoeirinha	Capital/Vale do Gravataí	1ª CRS– Porto Alegre	130.293
Camaquã	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	66.261
Cambará do Sul	Vale do Paranhana/ Costa da Serra	1ª CRS– Porto Alegre	6.431
Campo Bom	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	66.712
Canoas	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	346.616
Capão da Canoa	Belas Praias	18ª CRS– Osório	53.049
Capela de Santana	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	11.940
Capivari do Sul	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	4.660
Caraá	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	8.270
Cerro Grande do Sul	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	12.239
Charqueadas	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	40.789
Chuívisca	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	5.441
Cidreira	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	16.254
Dois Irmãos	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	32.671
Dom Feliciano	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	15.414
Dom Pedro de Alcântara	Belas Praias	18ª CRS– Osório	2.534
Eldorado do Sul	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	41.285
Estância Velha	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	50.022
Esteio	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	83.202
General Câmara	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	8.385
Glorinha	Capital/Vale do Gravataí	1ª CRS– Porto Alegre	8.098
Gravataí	Capital/Vale do Gravataí	1ª CRS– Porto Alegre	281.519
Guaíba	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	98.143
Harmonia	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	4.866
Igrejinha	Vale do Paranhana/ Costa da Serra	1ª CRS– Porto Alegre	36.899
Imbé	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	22.800
Itati	Belas Praias	18ª CRS– Osório	2.419
Ivoti	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	24.293
Lindolfo Collor	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	6.054
Mampituba	Belas Praias	18ª CRS– Osório	2.981
Maquíné	Belas Praias	18ª CRS– Osório	6.714
Maratá	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	2.691
Mariana Pimentel	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	3.885
Minas do Leão	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	8.075
Montenegro	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	65.264
Morrinhos do Sul	Belas Praias	18ª CRS– Osório	2.949
Morro Reuter	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	6.407
Mostardas	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	12.804
Nova Hartz	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	21.615

Nova Santa Rita	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	29.300
Novo Hamburgo	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	246.748
Osório	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	45.994
Palmares do Sul	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	11.318
Parei Novo	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	3.837
Parobé	Vale do Paranhana/ Costa da Serra	1ª CRS– Porto Alegre	58.272
Portão	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	37.079
Porto Alegre	Capital/Vale do Gravataí	1ª CRS– Porto Alegre	1.483.771
Presidente Lucena	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	2.901
Riozinho	Vale do Paranhana/ Costa da Serra	1ª CRS– Porto Alegre	4.653
Rolante	Vale do Paranhana/ Costa da Serra	1ª CRS– Porto Alegre	21.349
Salvador do Sul	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	7.799
Santa Maria do Herval	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	6.331
Santo Antônio da Patrulha	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	42.894
São Francisco de Paula	Vale do Paranhana/ Costa da Serra	1ª CRS– Porto Alegre	21.710
São Jerônimo	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	24.248
São José do Hortêncio	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	4.804
São José do Sul	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	2.408
São Leopoldo	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	236.835
São Pedro da Serra	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	3.801
São Sebastião do Caí	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	25.685
Sapiranga	Vale dos Sinos	1ª CRS– Porto Alegre	81.734
Sapucaia do Sul	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	141.075
Sentinela do Sul	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	5.581
Sertão Santana	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	6.486
Tabaí	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	4.719
Tapes	Carbonífera/ Costa Doce	1ª CRS– Porto Alegre	17.300
Taquara	Vale do Paranhana/ Costa da Serra	1ª CRS– Porto Alegre	57.466
Tavares	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	5.481
Terra de Areia	Belas Praias	18ª CRS– Osório	11.204
Torres	Belas Praias	18ª CRS– Osório	38.732
Tramandaí	Bons Ventos	18ª CRS– Osório	51.715
Três Cachoeiras	Belas Praias	18ª CRS– Osório	11.053
Três Coroas	Vale do Paranhana/ Costa da Serra	1ª CRS– Porto Alegre	28.220
Três Forquilhas	Belas Praias	18ª CRS– Osório	2.697
Triunfo	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	29.538
Tupandi	Vale do Caí/ Metropolitana	1ª CRS– Porto Alegre	4.855
Viamão	Capital/Vale do Gravataí	1ª CRS– Porto Alegre	255.224
Xangri-lá	Belas Praias	18ª CRS– Osório	16.408

## ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA ÁREA RESPONSÁVEL PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS DO DigiSUS

---

RES: Autorização para uso de dados do DigiSUS em pesquisa de Mestrado

Laetícia Jensen Eble

Para: Cláudia Itaborahy Ferreira

Cc: Jaqueline Siqueira do Sacramento; Ivina Flores Meio Kuroki; Coord. Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS; COORDENAÇÃO-GERAL DE COOPERAÇÃO À GESTÃO INTERFEDERATIVA; Maurício Barros Ottoni

sexta-feira, 20 de agosto de 2021 17:46

- Você encaminhou esta mensagem em 23/08/2021 13:24.

Boa tarde, Cláudia,

Agradecemos o envio das informações detalhadas acerca do seu projeto.

Considerando as condições que foram expostas, a CGFIP está de acordo com a utilização das informações para a pesquisa.

Desejamos sucesso no seu mestrado.

Atenciosamente,



## APÊNDICE A - VARIÁVEIS

---

### Plano Municipal de Saúde

- Status do plano municipal de saúde no dia 31 de maio de 2021;
- Tem a resolução (ou ata) do Conselho Municipal de Saúde apreciando o plano municipal de saúde? (*Art. 96, da Portaria de Consolidação 01/2017: § 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP*);
- O plano municipal de saúde (2018-2021) foi alterado para contemplar ações de combate à pandemia?
- Há resolução (ou ata) do Conselho Municipal de Saúde apreciando essas alterações no plano municipal de saúde?
- Considerando que no sistema DigiSUS apenas são inseridas as diretrizes, os objetivos e as metas dos planos municipais, o município inseriu o arquivo completo do plano municipal de saúde (Manual do DigiSUS: *“Ao final do preenchimento [do plano municipal de saúde], devem-se anexar os arquivos correspondentes ao plano de saúde e a resolução de aprovação das diretrizes aprovadas pelo conselho de saúde, sendo este último facultativo”*. P. 28);
- Neste arquivo, constam as palavras "PANDEMIA", "CORONA", "CORONAVÍRUS" ou "COVID"?

### Programação Anual de Saúde

- Status da programação anual de saúde no dia 31 de maio de 2021;
- Tem a resolução (ou ata) do Conselho Municipal de Saúde apreciando a programação anual de saúde? (*Art. 98, da Portaria de Consolidação 01/2017: Art. 98. No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos: I - elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente; e II - execução no ano subsequente.*);
- A programação anual de saúde (2020) foi alterada para contemplar ações de combate à pandemia?
- Há resolução (ou ata) do Conselho Municipal de Saúde apreciando essas alterações na programação anual de saúde (2020)?
- O município inseriu no sistema um arquivo com sua programação “na íntegra”? (Manual do DigiSUS: *“No DGMP, o gestor deverá anualizar as metas, descrever as ações e registrar a previsão dos recursos orçamentários a serem executados. Ao finalizar essa parte, o sistema solicita que o gestor ou técnico anexe a programação anual de saúde na íntegra. Nesse contexto, é necessário que o gestor já esteja com a programação anual de saúde elaborada e*

*encaminhada para apreciação do conselho de saúde. Portanto, cabe ressaltar que, no sistema, registra-se uma parte da PAS. Ou seja, não é elaborada e encaminhada para apreciação do conselho de saúde por meio do DGMP". P. 40<sup>12</sup>).*

## Relatório Anual de Gestão

- Status do Relatório anual de gestão no dia 31 de maio de 2021;
- Qual a data de envio do Relatório anual de gestão ao Conselho Municipal de Saúde (*Art. 99, da Portaria de Consolidação 01/2017: "§ 3º O Relatório de Gestão 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 DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP"*).
- Há resolução (ou ata) do Conselho Municipal de Saúde apreciando o Relatório anual de gestão (2020)?<sup>13</sup>
- Dados de contextualização do município a partir das informações do Relatório anual de gestão:
  - Recurso recebido da União para enfrentamento à COVID;
  - Valor empenhado em 2020 deste recurso, recebido da União;
  - Valor empenhado em 2020 de recursos próprios para o combate à pandemia;
  - Recurso recebido do estado para enfrentamento à COVID;
  - Valor empenhado em 2020 deste recurso, recebido do estado.

## Plano de Contingência

- Tem Plano de Contingência inserido no DigiSUS?

---

<sup>12</sup> Não foram encontradas informações do que deveria constar na programação anual de saúde além das informações já inseridas no sistema DigiSUS, contudo há essa orientação no manual do sistema.

<sup>13</sup> No Manual do sistema DigiSUS consta que "Para finalizar, o conselho de saúde, em seu perfil, consegue visualizar todos os itens do RDQA e do RAG, sem a possibilidade de edição. Porém, no DGMP, assim como o gestor, o conselho de saúde necessariamente precisa se manifestar em todos os itens do relatório (exceto itens 1 e 2), além de emitir Parecer, no caso do RAG, e inserir Análises e Considerações Gerais, no caso do RDQA (item 13). O RAG pode ser aprovado, aprovado com ressalva, reprovado ou retornado para ajuste, via sistema. Cabe também, ao conselho de saúde, anexar a resolução de apreciação." (P. 60). Considerando que o Relatório é apreciado no sistema, questiona-se a orientação de inserção de uma resolução do conselho de saúde e sua finalidade.