

PLANEJAMENTO EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A REALIDADE DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Isabella Grazyele Severo Silva
E-mail: nutrisasevero@gmail.com

Anna Cecilia Queiroz de Medeiros
E-mail: annacqm@yahoo.com

Luciane Paula Batista Araujo de Oliveira
E-mail: luciane.oliveira@ufrn.br

Mauricio Wiering Pinto Telles
E-mail: mauricio.wiering@ufrn.br

Resumo

O planejamento é um processo que organiza e orienta a gestão dos serviços de saúde pública, visando a melhoria contínua da qualidade do atendimento. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece como instrumentos obrigatórios de planejamento o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Este estudo teve por objetivo descrever a situação cadastral desses instrumentos nos municípios brasileiros e analisar sua relação com a tipologia municipal, o grau de urbanização e as macrorregiões. Para isso, foi conduzido um estudo quantitativo, utilizando análise de cluster para identificar padrões de similaridade entre os municípios, a partir do status de aprovação dos documentos. Os dados foram obtidos no portal da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), referentes à situação cadastral dos instrumentos de planejamento (vigência 2018–2021) de 5.563 municípios brasileiros. Foram identificados dois clusters distintos. O Cluster 1, composto por 3.370 municípios (60,6%), apresentou maior proporção de documentos com status “Aprovado” ao longo do período. Por outro lado, o Cluster 2, composto por 2.193 municípios (39,4%), apresentou menor desempenho, com apenas 40,7% dos documentos aprovados. Observou-se que os percentuais de aprovação dos instrumentos de monitoramento e prestação de contas (RAG e RDQA) foram consideravelmente inferiores aos dos instrumentos de caráter propositivo (PMS e PAS). Destaca-se que, no Cluster 2, 65,1% ($n = 1.427$) dos municípios não apresentaram aprovação de nenhum dos 12 RDQA previstos e 61,8% ($n = 1.356$) não aprovaram nenhum dos 4 RAG do período analisado. A tipologia municipal ($p = 0,732$) e o grau de urbanização ($p = 0,138$) não apresentaram associação com a formação dos clusters, porém houve associação significativa com a macrorregião ($p < 0,05$). A região Sul apresentou maior proporção de municípios no Cluster 1 (81,1%; $n = 963$), enquanto os municípios da região Norte apresentaram 4,49 (IC95%: 3,55–5,69) vezes mais chances de compor o Cluster 2. Os resultados apontam fragilidades no processo de planejamento em uma parcela expressiva dos municípios brasileiros, especialmente no que se refere ao monitoramento e avaliação. A relevância deste estudo reside em evidenciar desigualdades estruturais na implementação dos instrumentos de planejamento no SUS, fornecendo subsídios objetivos para o aprimoramento da governança e da capacidade institucional dos municípios. Os achados podem orientar políticas de apoio técnico, financiamento e educação permanente, contribuindo para fortalecer os processos de monitoramento, avaliação e tomada de decisão em saúde.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Política de Saúde. Análise por Conglomerados. Gestão em Saúde. Administração Pública.

HEALTH PLANNING: A VIEW ON THE REALITY OF BRAZILIAN MUNICIPALITIES

Abstract

Planning is a process that organizes and guides the management of public health services, aiming at the continuous improvement of care quality. In Brazil, the Unified Health System (SUS) establishes mandatory planning instruments, including the Municipal Health Plan (PMS), the Annual Health Programming (PAS), the Annual Management Report (RAG), and the Detailed Report of the Previous Quadrimester (RDQA). This study aimed to describe the registration status of these instruments in Brazilian municipalities and analyze their association with municipal typology, degree of urbanization, and macroregions. A quantitative study was conducted using cluster analysis to identify patterns of similarity among municipalities based on the approval status of these documents. Data were obtained from the Strategic Management Support Room (SAGE) portal, referring to the registration status of planning instruments (2018–2021) for 5,563 Brazilian municipalities. Two distinct clusters were identified. Cluster 1, comprising 3,370 municipalities (60.6%), exhibited a higher proportion of documents with “Approved” status throughout the period. In contrast, Cluster 2, consisting of 2,193 municipalities (39.4%), showed lower performance, with only 40.7% of documents approved. Approval rates for monitoring and accountability instruments (RAG and RDQA) were considerably lower than those for propositional instruments (PMS and PAS). Notably, in Cluster 2, 65.1% ($n = 1,427$) of municipalities did not obtain approval for any of the 12 expected RDQAs, and 61.8% ($n = 1,356$) did not approve any of the four RAGs in the analyzed period. Municipal typology ($p = 0.732$) and degree of urbanization ($p = 0.138$) were not associated with cluster formation; however, a significant association was observed with macroregion ($p < 0.05$). The South region had a higher proportion of municipalities in Cluster 1 (81.1%; $n = 963$), while those in the North were 4.49 times more likely (95% CI: 3.55–5.69) to belong to Cluster 2. The results reveal weaknesses in the planning process among a substantial share of Brazilian municipalities, particularly regarding monitoring and evaluation. The relevance of this study lies in highlighting structural disparities in the implementation of SUS planning instruments, providing objective evidence to strengthen municipal governance and institutional capacity. The findings may inform policies on technical support, financing, and continuing education, contributing to the improvement of monitoring, evaluation, and decision-making processes in health management.

Keywords: Health Planning, Health Policy, Cluster Analysis, Health Management, Public Administration.

INTRODUÇÃO

O planejamento é uma prática que visa a transformação de uma situação em um estado desejado, utilizando ferramentas e conhecimentos que fundamentam as decisões nas organizações (Teixeira, 2010; Rocha e Souza, 2018). Segundo Rocha e Souza (2018), esse processo deve ser entendido não apenas como uma atividade técnica, mas também como um ato social e político que orienta as ações de saúde. Os autores ressaltam que o planejamento requer a integração de saberes e experiências, para promover a construção de estratégias.

No contexto da saúde pública, o planejamento é um processo associado ao contexto histórico-social onde se identificam os problemas de saúde, bem como os sujeitos que exercem ação sobre esses problemas (Rivera, Artmann, 2012). Assim, atua como um referencial para o desenvolvimento de políticas e alocação de recursos, facilitando a organização e monitoramento de ações para enfrentar desafios complexos e promover o bem-estar da população (Ramos et al., 2021). Além disso, uma gestão local capacitada e estruturada é fundamental para que o planejamento possa ser efetivo, realizando diagnósticos precisos e implementando estratégias adequadas (Klein et al, 2022).

No Brasil, o marco fundamental para a organização da saúde pública é a Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, assegurando ações e serviços por meio da universalidade, integralidade e equidade. A Constituição inaugurou a base jurídico-institucional que possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e orientou os princípios que estruturam a descentralização, a regionalização e o controle social das ações de saúde. A partir desse fundamento constitucional, normativas posteriores, como a Lei nº 8.142/1990 e a Portaria nº 2.135/2013, regulamentaram aspectos operacionais, incluindo a obrigatoriedade dos instrumentos de planejamento e a responsabilidade dos gestores municipais na formulação, execução e avaliação dessas ações (Brasil, 1990; Brasil, 2013a).

A Lei nº 8.142/1990 aprofundou o processo de descentralização do SUS ao estabelecer a obrigatoriedade de elaboração dos planos de saúde como condição para a transferência de recursos federais aos municípios, consolidando a corresponsabilidade entre os entes federativos (Grin; Demarco; Abrucio, 2021).

Entre as principais normativas, destaca-se a Portaria nº 2.135/2013 do Ministério da Saúde, que reforça a necessidade de instrumentos articulados para apoiar o planejamento, a execução e a avaliação da gestão em saúde. Entre os documentos municipais obrigatórios estão o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) (Brasil, 2013a).

O PMS possui abrangência quadrienal, devendo ser enviado no início de cada gestão; e serve como base para as ações de saúde do município, detalhando a realidade local, a estrutura do sistema, as diretrizes, objetivos, metas e indicadores, além dos mecanismos de monitoramento e avaliação (Souza et al., 2023). A execução dessas diretrizes ocorre por meio da PAS, instrumento anual que operacionaliza o PMS, detalhando ações, metas, recursos necessários e responsáveis, devendo ser elaborada e enviada até o final do primeiro trimestre do ano vigente (Varela et al., 2019). A PAS também permite ajustar o planejamento quadrienal de acordo com novas demandas da população (Gonçalves; Machado; Aderne, 2020).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) avalia as atividades executadas ao longo do ano, o cumprimento das metas e a execução orçamentária, devendo ser elaborado e enviado até o final do primeiro semestre do ano subsequente e apreciado pelos Conselhos Municipais de Saúde (Brasil, 2013a). Já o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) monitora os gastos, serviços, resultados e metas ao longo de períodos quadrimestrais, conforme diretrizes da Lei Complementar nº 141/2012, devendo ser apresentado em audiência pública (Brasil, 2012; Nora et al., 2019).

A conformidade dos municípios com essas normativas é um indicador essencial da capacidade de gestão, refletindo a efetividade das políticas e a institucionalidade do planejamento em saúde. A baixa conformidade pode comprometer a qualidade dos serviços, a continuidade das ações e o enfrentamento das desigualdades regionais (Fuginami; Colussi; Ortiga, 2020).

Embora a autonomia municipal permita identificar prioridades locais e definir metas alinhadas às diretrizes nacionais (Lima et al., 2020), persistem desafios decorrentes das assimetrias na capacidade de gestão e dos fatores regionais. Municípios com maior infraestrutura tendem a apresentar melhores condições de planejamento, enquanto aqueles com limitações estruturais enfrentam dificuldades relacionadas a recursos humanos, financiamento e acesso a serviços (Grin; Demarco; Abrucio, 2021). A diversidade socioeconômica e geográfica do país também influencia diretamente a capacidade de implementar o planejamento de forma equitativa (Oliveira et al., 2023). Como destacam Pinheiro et al. (2022), diferentes graus de urbanização apresentam demandas de saúde e recursos variados, exigindo abordagens adaptadas para garantir efetividade e equidade.

Diante disso, o presente estudo objetiva analisar a situação cadastral dos instrumentos municipais de planejamento em saúde do SUS, disponíveis no Portal da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), referentes ao quadriênio 2018 a 2021, e investiga possíveis relações com variáveis como tipologia municipal, classes do grau de urbanização e macrorregiões brasileiras.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e exploratório. O plano amostral adotado neste estudo considerou todos os 5.570 municípios do Brasil, visando incluir o máximo possível de elementos da população de interesse. Como recorte temporal foi definido o período referência de 2018 a 2021, uma vez que se tratava do último quadriênio completo, cujos prazos de elaboração dos documentos alvos desta análise já teriam transcorrido.

Assim, foi realizada uma busca no ambiente do Portal SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica) sobre a situação dos municípios brasileiros quanto ao status dos seguintes instrumentos de planejamento em saúde: Planos Municipais de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). O Portal SAGE é um repositório online, de acesso aberto, que disponibiliza informações sobre esse tipo de documento (Brasil, 2021).

Para realizar a coleta dos dados, foram aplicados dois filtros disponíveis na plataforma, o “Ano Referência” e “Estado”. As informações quanto à situação cadastral dos instrumentos foram agrupadas em duas categorias, “Aprovado” e “Não Aprovado”, a partir do status informado no Portal SAGE, conforme detalhado no Quadro 1. A partir destas informações foi calculado também, para cada instrumento, por município, o percentual de documentos aprovados em relação ao previsto para o quadriênio.

Quadro 1. Descrição da definição de cada status utilizado para os Instrumentos de planejamento

Categoria de Análise	Status	Descrição
Aprovado	Aprovado ou Aprovada	Instrumento encaminhado pela gestão ao CS (Conselho de Saúde), que se manifestou favorável pela aprovação, com tais informações registradas pela gestão no DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP).
	Aprovado com ressalvas	O CS aprovou o relatório, mas alertou para algum aspecto, que não necessariamente determina a devolução ao gestor para ajustes.
Não Aprovado	Não aprovado	A gestão encaminhou o respectivo instrumento ao CS, que se manifestou favorável pela não aprovação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP.
	Em análise no Conselho de Saúde (CS)	Indica que a gestão encaminhou o respectivo instrumento para apreciação no CS, que por sua vez ainda não se manifestou quanto à apreciação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP.

	Em elaboração	A gestão acessou o campo do respectivo instrumento no DGMP e já fez algum registro (uma diretriz no caos do PS), atualização de pelo menos uma meta (no caso da PAS) e PAS finalizada (no caso de RDQA e RAG), visto ser essa uma das condições para habilitação dos relatórios. Ainda não foi incorporada ao DGMP a funcionalidade que determina o status “em elaboração” para o RAG e RDQA.
	Não iniciado	A gestão acessou o DGMP, mas ainda não estão presentes as condições acima relatadas.
	Retornado para ajustes	A gestão já encaminhou o instrumento para apreciação no CS, que na apreciação julgou necessário solicitar mais informações ao gestor.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, [s.d.].

Para fins de análise, considerou-se o número total de instrumentos que deveriam estar disponíveis no período correspondente. O PMS possui vigência quadrienal; portanto, o número esperado de PMS para o país foi igual ao total de municípios brasileiros ($N = 5.570$). A PAS e o RAG são documentos de periodicidade anual; assim, para um ciclo de quatro anos, o número previsto de registros foi obtido multiplicando-se 5.570 por quatro ($N = 22.280$ para cada instrumento). O RDQA possui periodicidade quadrimestral, totalizando três documentos por ano. Dessa forma, ao longo de quatro anos, cada município deveria produzir 12 RDQA, resultando em um total esperado de 66.840 documentos (5.570×12).

As características geográficas e demográficas analisadas foram tipologia, grau de urbanização e macrorregião dos municípios brasileiros, cujas informações foram coletadas no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: [IBGE - Geociências](#), [planilha da tipologia municipal](#), e [planilha do grau de urbanização](#).

A tipologia dos municípios foi estratificada em duas categorias, a partir das propostas metodológicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Adotou-se a classificação dos territórios em “urbano” (que agrupou os municípios localizados nas zonas urbanas e nas áreas intermediárias adjacentes); e “rural” (que engloba os municípios das áreas intermediárias remotas e rurais remotas) (IBGE, 2023).

Adicionalmente, o grau de urbanização foi determinado segundo a proporção da população residente em áreas de ocupação densa, conforme a metodologia proposta pelo IBGE (IBGE, 2017). Foram considerados três estratos: “baixo grau de urbanização” (menos de 50% da população residindo em áreas de ocupação densa), “moderado grau de urbanização” (entre 50% e 75%) e “alto grau de urbanização” (mais de 75%).

A síntese dessa classificação está apresentada no Quadro 2, elaborado a partir da proposta metodológica do IBGE (2017; 2023).

Quadro 2. Critérios de classificação do grau de urbanização dos municípios (IBGE, 2017).

Grau de urbanização	Corte proporcional	Descrição
Baixo	< 50%	Predomínio rural, menor densidade populacional.
Moderado	50% - 75%	Transição entre rural e urbano
Alto	>75%	Predomínio urbano, maior densidade e serviços

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE (2017;2023).

Além das análises descritas, procedeu-se à verificação da existência de associação entre a macrorregião dos municípios e o status dos instrumentos de planejamento. Para isso, a variável ‘macrorregião’ foi incluída nos testes de associação realizados, permitindo avaliar possíveis diferenças regionais na distribuição dos instrumentos aprovados e não aprovados. Os procedimentos estatísticos adotados para esses testes seguiram as mesmas estratégias aplicadas às demais variáveis categóricas.

Foram excluídos da amostra os municípios que não constavam do rol de localidades disponíveis no Portal SAGE e/ou nos repositórios sobre tipologia e grau de urbanização do IBGE.

Os resultados obtidos foram expressos em termos de percentual e valor absoluto, no caso de variáveis categóricas, e de média e desvio padrão, no caso de variáveis contínuas.

Dado o volume de dados obtidos, realizou-se uma análise de cluster, técnica recomendada para identificar perfis e padrões em conjuntos amplos e heterogêneos de informações (Figueira et al., 2022; Pinheiro et al., 2022). No presente trabalho, optou-se pela técnica TwoStep Cluster por apresentar desempenho adequado na análise simultânea de variáveis contínuas e categóricas, característica compatível com o conjunto de dados utilizado (IBM SPSS, 2023). O método utiliza uma etapa preliminar de pré-agregação seguida da formação dos agrupamentos finais, o que o torna computacionalmente eficiente para bases extensas, como aquelas que abrangem todos os municípios brasileiros (Figueira et al., 2022; Pinheiro et al., 2022).

Reconhece-se, entretanto, que o TwoStep Cluster apresenta limitações, como a sensibilidade à ordem dos casos, a dependência do critério automático para a definição do número ótimo de clusters e a possibilidade de formação de agrupamentos mais heterogêneos quando há predominância de variáveis categóricas (IBM SPSS, 2023). Essas limitações foram consideradas na interpretação dos resultados obtidos.

As variáveis utilizadas para a definição dos agrupamentos foram: situação do PMS (variável categórica) e número de PAS, RAG e RDQA classificados como “Aprovado” no quadriênio (variáveis contínuas).

O teste Qui-quadrado de Pearson e de razão de verossimilhança foram aplicados para identificar associações entre as variáveis categóricas. Também foi realizado o cálculo da razão de chances (Odds ratio - OR), com os respectivos intervalos de confiança (IC). As análises foram realizadas utilizando o software estatístico SPSS, versão 20.

Conforme as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo é dispensado da necessidade de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa por não envolver abordagem direta a seres humanos, tendo utilizado apenas dados secundários disponíveis em uma plataforma de acesso livre (Brasil, 2013b).

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do projeto “Cuidar: qualificando o cuidado integral em doenças crônicas não transmissíveis no Agreste Potiguar”, que teve apoio de recursos da Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS Nº 28/2020 - Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados (Processo 443292/2020-5).

DESENVOLVIMENTO

Caracterização geral dos municípios e análise dos instrumentos de planejamento

Dos 5.570 municípios brasileiros, 5.563 apresentavam informações disponíveis tanto no Portal SAGE quanto nos repositórios sobre tipologia e grau de urbanização do IBGE. A análise evidenciou diferenças significativas na completude e na aprovação dos documentos que compõem o ciclo do planejamento em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Observou-se maior regularidade na elaboração e aprovação dos PMS, enquanto instrumentos relacionados ao monitoramento e avaliação (como o RAG e o RDQA) apresentaram maior variação, indicando fragilidades na institucionalização dessa etapa, conforme apontado por estudos nacionais (Vieira, 2009; Soder, Machado e De Carli, 2022).

Além disso, tais discrepâncias sugerem que a etapa avaliativa permanece como um “elo fraco” na gestão municipal, refletindo problemas históricos de baixa capacidade técnico-institucional e insuficiente consolidação de rotinas administrativas, conforme analisado por Machado, Baptista e Lima (2010).

Destaca-se que o *TwoStep Cluster* utilizou como variáveis de entrada o número absoluto e o percentual de aprovação dos instrumentos de planejamento (PMS, PAS, RAG e RDQA) no período de 2018-2021, além do número de documentos não aprovados. O algoritmo agrupou os municípios conforme padrões de semelhança no desempenho desses instrumentos.

De modo geral, o Cluster 1 reuniu municípios com maior regularidade na elaboração e aprovação dos documentos (60,6%; n = 3.370), enquanto o Cluster 2 concentrou aqueles com lacunas, caracterizadas pela ausência e documentos não aprovados (39,4%; n = 2.193).

A Tabela 1 evidencia que enquanto os municípios do Cluster 1 apresentaram 100% dos PMS aprovados, os do Cluster 2 registraram apenas 81,4%, e 18,6% não tiveram nenhum PMS aprovado no quadriênio. As diferenças são ainda mais marcantes nos instrumentos de monitoramento: 89,1% dos RAG foram aprovados no Cluster 1, contra somente 16,9% no Cluster 2, onde 61,8% dos municípios não aprovaram nenhum RAG. Para o RDQA, o contraste

se ampliou: 87,9% de aprovação no Cluster 1 e 9,3% no Cluster 2, sendo que 65,1% dos municípios do Cluster 2 não aprovaram nenhum RDQA.

Tabela 1: Características dos municípios brasileiros segundo os clusters de planejamento em saúde.

Variáveis	Total	Cluster 1	Cluster 2
Número de Municípios	n = 5563	n = 3370	n = 2193
<i>Resultado dos Planos Municipais de Saúde</i>			
PMS: média de documentos com status aprovado, por município	0,93 (d.p = 0,26)	1,00 (d.p = 0,00)	0,81 (d.p = 0,39)
PMS: % de documentos aprovados em <i>relação ao total previsto para o período.</i>	92,7% (n = 5156)	100% (n = 3370)	81,4% (n = 1786)
PMS: % de municípios com nenhum documento aprovado no período.	7,3% (n = 407)	0,00% (n = 0)	18,6% (n = 407)
<i>Resultado das Programações Anuais de Saúde</i>			
PAS: média de documentos com status aprovado, por município	3,22 (d.p. = 1,32)	3,87 (d.p. = 0,39)	2,22 (d.p. = 1,60)
PAS: % de documentos aprovados em <i>relação ao total previsto para o período.</i>	80,5% (n = 17.919)	96,8% (n = 13.057)	55,4% (n = 4.862)
PAS: % de municípios com nenhum documento provado no período.	9,8% (n = 544)	0,03% (n = 1)	24,8% (n = 543)
<i>Resultado dos Relatórios Anuais de Gestão</i>			
RAG: média de documentos com status aprovado, por município	2,42 (d.p = 1,63)	3,56 (d.p.= 0,69)	0,68 (d.p.= 1,01)
RAG: % de documentos aprovados em <i>relação ao total previsto para o período.</i>	60,7% (n = 25.491)	89,1% (n = 12.011)	16,9% (n = 13.480)
RAG: % de municípios com nenhum documento aprovado o período.	24,4% (n = 1357)	0,03% (n = 1)	61,8% (n = 1356)

Tabela 1 - Continuação

Variáveis	Total	Cluster 1	Cluster 2
Resultado dos Relatórios Quadrimestrais Anteriores			
RDQA: média de documentos com status aprovado, por município	6,83 (d.p = 5,14)	10,5 (d.p.= 2,28)	1,12 (d.p. = 2,25)
RDQA: % de documentos aprovados em relação ao total previsto para o período.	56,9% (n = 37.997)	87,9% (n = 35.540)	9,3% (n = 2457)
RDQA: % de municípios com nenhum documento aprovado no período.	25,7% (n = 1427)	0,00% (n = 0)	65,1% (n = 1427)
Fonte: Autoria própria, 2023 ¹ .			

Resultados expressos em média (desvio padrão = d.p.) ou frequência (valores absolutos), conforme a natureza da variável. Legenda: PMS - Plano Municipal de Saúde. PAS - Programação Anual de Saúde. RAG - Relatório Anual de Gestão. RDQA - Relatório do Quadrimestre Anterior. Nota: Os indicadores relativos à aprovação de documentos (%) utilizam como denominador o número total de documentos previstos para cada município no período. Já os indicadores referentes ao % de municípios com nenhuma aprovação utilizam como denominador o número de municípios em cada cluster.

Esses resultados mostram que as fragilidades não estão apenas na elaboração dos instrumentos, mas sobretudo na etapa de avaliação - essencial para retroalimentar decisões em saúde. A concentração dessas lacunas no Cluster 2 indica que a avaliação, embora normativa, ainda não se traduz como prática institucionalizada em grande parte dos municípios, o que ecoa críticas clássicas à baixa cultura avaliativa no SUS (Teixeira, 2010).

A qualidade do modelo foi considerada adequada segundo a medida de silhueta (valores > 0,5), indicando elevada coesão interna e boa separação entre grupos. As variáveis que contribuíram para a formação dos clusters foram os somatórios de PAS, RAG e RDQA, que capturam melhor as diferenças de desempenho administrativo, enquanto o PMS; por sua obrigatoriedade e maior regularidade; contribuiu menos para a diferenciação.

O Cluster 1, que reuniu 3.370 municípios (60,6%), caracterizou-se por melhores indicadores gerais de aprovação dos quatro tipos de instrumentos. A média de documentos

¹ Resultados expressos em média (desvio padrão = d.p.) ou frequência (valores absolutos), conforme a natureza da variável. **Legenda:** PMS - Plano Municipal de Saúde. PAS - Programação Anual de Saúde. RAG - Relatório Anual de Gestão. RDQA - Relatório do Quadrimestre Anterior. **Nota:** Os indicadores relativos à aprovação de documentos (%) utilizam como denominador o número total de documentos previstos para cada município no período. Já os indicadores referentes ao % de municípios com nenhuma aprovação utilizam como denominador o número de municípios em cada *cluster*.

aprovados foi superior em todas as categorias: RAG, 3,56 aprovados em média em comparação aos 0,68 do Cluster 2 (Tabela 1). Regionalmente, esse cluster concentrou maior proporção de municípios das regiões Sul e Centro-Oeste, sinalizando maior institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação. Tal padrão se aproxima da análise de Grin, Demarco e Abrucio (2021), que identificam maior densidade institucional e melhor coordenação interfederativa nessas regiões, fatores decisivos para sustentar rotinas administrativas.

O Cluster 2, composto por 2.193 municípios (39,4%), reuniu municípios com menores níveis de aprovação, maior número de documentos ausentes e baixa regularidade, predominantemente nas regiões Norte e Nordeste - padrão coerente com a literatura que associa desigualdades regionais à capacidade administrativa (Silva, Bornia e Safanelli, 2021; Souza et al., 2019).

As diretrizes do SUS preveem que cada município registre, ao final do quadriênio, um PMS, quatro PAS, quatro RAG e doze RDQA (Brasil, 2013). Contudo, os resultados revelam que grande parte dos municípios (especialmente no Cluster 2) não cumpriram essa exigência.

O Cluster 2 apresentou altos percentuais de ausência de documentos, sendo: 24,8% não aprovaram nenhum PAS; 61,8% não aprovaram nenhum RAG; 65,1% não aprovaram nenhum RDQA (Tabela 1).

Esse padrão representa grave fragilidade no monitoramento das políticas, etapa essencial à governança em saúde (Binsfeld, Gomes e Kuschnir, 2023). Além disso, pode impactar o repasse de recursos financeiros, já que o registro adequado é considerado no processo avaliativo das esferas gestoras conforme a LC nº 141/2012 (Amorim et al., 2023; Brasil, 2015).

Estudos regionais confirmam dificuldades operacionais semelhantes, como baixa articulação intermunicipal (Oliveira et al., 2024) e limitações técnicas na regulação do processo de planejamento (Furtado et al., 2018). Assim, a elevada proporção de municípios com instrumentos ausentes demonstra importantes gargalos na execução do ciclo de gestão.

Diferenças regionais e perfil sociodemográfico

A análise identificou associação significativa entre macrorregião e *cluster* ($p = 0,000$). A região Sul apresentou maior proporção de municípios no *Cluster 1* (81,1%; $n = 963$), enquanto a região Norte teve maior probabilidade de alocação no *Cluster 2* (OR = 4,49; IC95%: 3,55–5,69) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos municípios brasileiros segundo os clusters de planejamento em saúde.

Variáveis	Total	Cluster 1	Cluster 2	Odds Ratio (IC95%) ou p valor
Grau de Urbanização (GUrb)¹				p = 0,138
<i>Baixo GUrb</i>	45,4% (n = 2527)	46,4% (n = 1562)	44,0% (n = 965)	-
<i>Moderado GUrb</i>	26,1% (n = 1450)	25,2% (n = 850)	27,4% (n = 600)	-
<i>Alto GUrb</i>	28,5% (n = 1586)	28,4% (n = 958)	28,6% (n = 628)	-
Tipologia Municipal¹				p = 0,732
<i>Rural</i>	61,5% (n = 3421)	61,7% (n = 2078)	61,2% (n = 1343)	-
<i>Urbano</i>	38,5% (n = 2140)	38,3% (n = 1290)	38,8% (n = 850)	-
Variáveis	Total	Cluster 1	Cluster 2	Odds Ratio (IC95%) ou p valor

Tabela 2 - Continuação

Macrorregiões				p= 0,000
<i>Região Norte</i>	8,1% (n = 449)	48,8% (n= 219)	51,2% (n = 230)	4,49 (IC = 3,55-5,69)
<i>Região Nordeste</i>	32,1% (n = 1793)	54,7% (n= 981)	45,3% (n = 812)	3,54(IC = 2,98-4,21)
<i>Região Centro-oeste</i>	8,4% (n = 465)	64,5% (n = 300)	35,5% (n= 165)	2,36/IC = 1,85-2,99)
<i>Região Sudeste</i>	30,0% (n = 1668)	54,4% (n= 907)	45,6% (n = 761)	3,59(IC = 3,02-4,27)
<i>Região Sul*</i>	21,4% (n = 1188)	81,1% (n = 963)	18,9% (n= 225)	Referência (OR = 1,00)

Fonte: Autoria própria, 2023².

Por outro lado, não houve associação significativa entre tipologia municipal ou grau de urbanização e os clusters identificados (p = 0,732 e p = 0,138, respectivamente), indicando que o contexto regional pesa mais na conformidade com os instrumentos de planejamento do que o tamanho ou a urbanização do município (Grin, Demarco e Abrucio, 2021; Paula, 2024).

² **Legenda:** ¹ Teste qui-quadrado de Pearson realizado para avaliar a associação entre as variáveis. Valores de p inferior a 0,05 indicam uma associação estatisticamente significativa. *A Região Sul, adotada como referência, apresentou o melhor desempenho na análise e, por isso, não possui Intervalo de Confiança (IC) na tabela. Os Odds Ratio das demais regiões representam as chances relativas de serem alocadas no Cluster 2, em comparação com a Região Sul.

Os resultados sugerem que desigualdades regionais em infraestrutura, disponibilidade de recursos humanos, arranjos de governança e vulnerabilidade socioeconômica impactam diretamente a capacidade de planejamento municipal, sobretudo nas Regiões Norte e Nordeste (Silva, Bornia e Safanelli, 2021; Paula, 2024).

Implicações e análise crítica dos resultados

A presença de 2.193 municípios (39,4%) no Cluster 2 é indicativo de fragilidades severas na execução do planejamento. A ausência de PMS, PAS, RAG e RDQA afeta diretamente a capacidade de avaliação das políticas, gera riscos de desalinhamento entre ações e necessidades da população e pode comprometer o financiamento federal previsto na LC nº 141/2015 (Brasil, 2015).

As maiores discrepâncias foram observadas nos instrumentos de monitoramento: enquanto o Cluster 1 apresentou 89,1% de RAG aprovados, o Cluster 2 registrou apenas 16,9%. Esse padrão evidencia baixa capacidade de avaliação, como também observado em estudos sobre limitações técnicas e estruturais (Oliveira et al., 2024; Silva, Bornia e Safanelli, 2021; Vieira et al., 2023).

Essas fragilidades estruturais se alinham às conclusões de Machado, Baptista e Lima (2010), que identificaram, na análise do planejamento nacional nos anos 2000, obstáculos persistentes relacionados à capacidade técnico-gerencial, à articulação interinstitucional e à fragilidade da lógica territorial. Embora o estudo desses autores foque o nível federal, seus achados dialogam com o cenário municipal: a falta de regulamentação clara, a insuficiência de recursos técnicos e as desigualdades territoriais repercutem diretamente na execução do planejamento local.

Além disso, o frágil envolvimento de equipes na construção e monitoramento dos instrumentos compromete a integração entre serviços e necessidades reais da população. Estudos recentes sugerem que a mobilização dos profissionais de saúde pode fortalecer a eficácia das políticas, tornando o planejamento mais responsivo, transparente e eficiente (Figueira et al., 2022; Teixeira, 2010).

Nesse sentido, os achados deste estudo não apenas confirmam fragilidades conhecidas, mas reforçam a necessidade de uma revisão estrutural do ciclo de planejamento, com maior apoio técnico, institucional e político às gestões municipais

No contexto federativo brasileiro, a ausência ou não aprovação dos instrumentos de gestão produz consequências diretas sobre o financiamento, a coordenação interfederativa e a capacidade de orientar ações no território. Municípios do Cluster 2, com baixa conformidade, tendem a apresentar menor capacidade organizativa e menor acesso aos recursos, uma vez que a LC nº 141/2015 condiciona parte dos repasses ao cumprimento das etapas normativas de planejamento e avaliação (Brasil, 2015; Amorim et al., 2023).

A baixa proporção de instrumentos aprovados nos municípios do Cluster 2 indica fragilidade no uso do planejamento como ferramenta de gestão e limita sua capacidade de demonstrar desempenho administrativo - elemento crucial para o diálogo com estados e União (Silva, Bornia e Safanelli,

2021). Essa dinâmica aprofunda desigualdades preexistentes: municípios mais frágeis administrativamente são também os que menos conseguem cumprir requisitos para acessar recursos e apoio técnico.

O Ministério da Saúde (2018), ao analisar os avanços e desafios do planejamento no SUS, também destaca esse efeito em cascata: fragilidades no planejamento municipal repercutem na governança regional e nacional, enfraquecendo a lógica do planejamento ascendente. Essa constatação revela que as desigualdades na capacidade técnica das gestões locais são não apenas um problema operacional, mas um desafio estrutural para o próprio modelo federativo de saúde no Brasil.

A associação significativa entre clusters e macrorregiões revela que fatores estruturais, como desigualdade socioeconômica, fragilidade institucional e escassez de recursos humanos, exercem maior influência sobre a capacidade de planejamento do que características intrínsecas dos municípios, como tipologia ou urbanização (Grin, Demarco e Abrucio, 2021).

Regiões com infraestrutura consolidada, como o Sul, apresentam maior capacidade de organizar seus instrumentos de gestão e cumprir as etapas do ciclo de planejamento, favorecidas por melhores indicadores socioeconômicos, maior densidade profissional e maior presença de instituições de apoio técnico. Em contrapartida, a região Norte enfrenta desafios estruturais relacionados à logística, grandes distâncias, baixa disponibilidade de profissionais e menor densidade de serviços (Paula, 2024; Silva, Bornia e Safanelli, 2021).

A pandemia de COVID-19 agravou essas vulnerabilidades, desviando equipes, interrompendo rotinas administrativas e reduzindo a capacidade de produção e avaliação dos instrumentos (Santos et al., 2023; Silva et al., 2020). Além disso, como apontam Santana et al. (2017), disputas políticas e interferências locais podem aprofundar desigualdades, afetando a continuidade e a qualidade do planejamento.

Essa combinação de desigualdades estruturais, pressões políticas e limitações técnicas evidencia a necessidade de estratégias regionais diferenciadas, com foco no fortalecimento de capacidades institucionais, qualificação profissional e redução das assimetrias federativas; um desafio amplamente discutido pela literatura sobre planejamento em saúde.

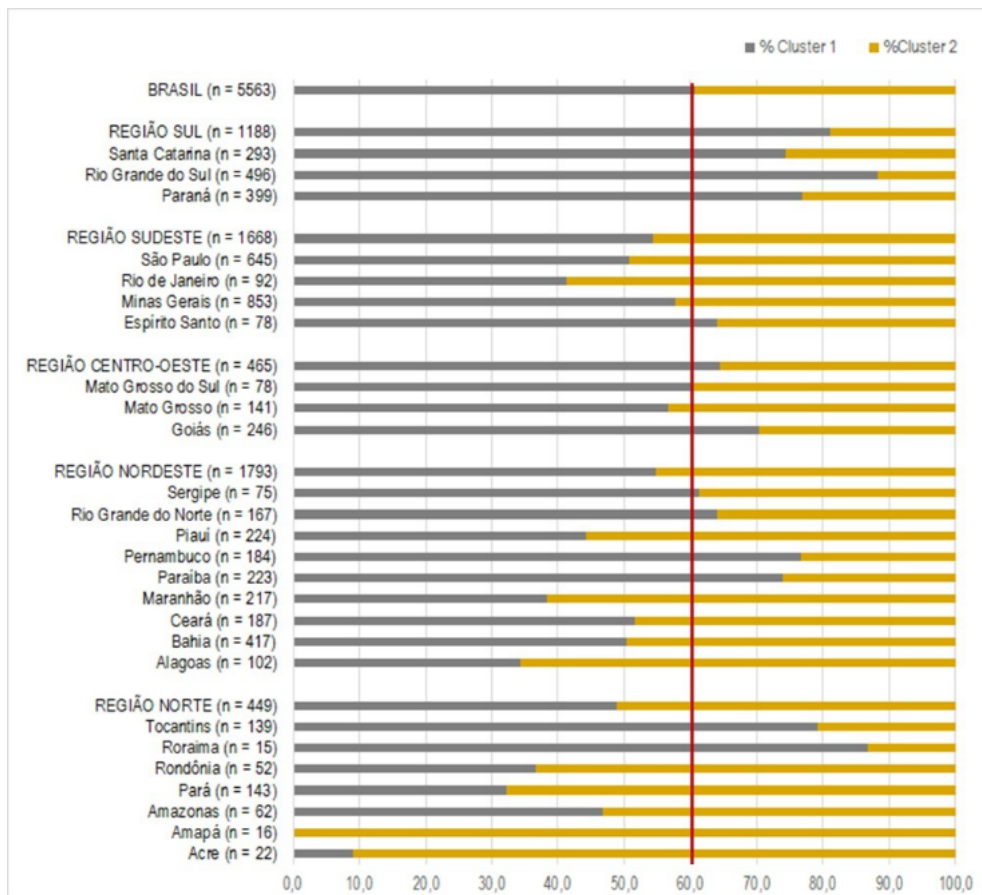
Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) desempenham papel fundamental para a transparência, o controle social e a legitimidade das políticas públicas (Brasil, 2015; Cavalcante, Magdalena e Moriguchi, 2023; Rocha e Moreira, 2023). No entanto, os resultados deste estudo, associados à literatura científica, sugerem que as fragilidades no funcionamento dos CMS podem estar relacionadas ao pior desempenho observado nos municípios do Cluster 2.

Pesquisas revelam problemas recorrentes, como baixa capacidade analítica para avaliação dos instrumentos, dificuldades técnicas para compreensão das pautas, dependência excessiva da gestão municipal e limitada influência sobre processos decisórios (Cavalcante, Magdalena e Moriguchi, 2023; Rocha e Moreira, 2023). Essas limitações, como evidenciado por De Lima Fontes et al. (2024) no caso de Teresina, comprometem a capacidade deliberativa dos conselhos e fragilizam o papel da sociedade na fiscalização do ciclo de planejamento.

Assim, fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde; por meio de formação continuada, suporte técnico-administrativo, melhoria das condições de funcionamento e incentivo à participação efetiva; é essencial para aprimorar a governança democrática do SUS, qualificar a aprovação dos instrumentos e garantir maior legitimidade ao planejamento municipal. Essa perspectiva amplia o entendimento de que participação social efetiva é componente indispensável da capacidade estatal, influenciando tanto a qualidade do planejamento quanto sua aderência às necessidades sociais (Teixeira, 2010)

A análise por macrorregiões evidenciou associação significativa ($p = 0,000$) entre a região do município e a classificação no *Cluster 1* ou 2. A região Sul apresentou a maior proporção de municípios alocados no *Cluster 1*, 81,1% ($n = 963$), seguida pela região Centro-Oeste, com 64,5% ($n = 300$). Esses resultados sugerem maior probabilidade de que municípios dessas regiões consigam cadastrar e aprovar seus instrumentos de planejamento na Plataforma SAGE, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Distribuição dos municípios brasileiros por estado, segundo os clusters de planejamento em saúde.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Por outro lado, os municípios vinculados à região Norte apresentaram mais chances ($OR = 4,49$; $IC = 3,55-5,69$) de serem alocados no *Cluster 2*, com 51,2% ($n = 230$) de seus municípios neste *cluster*. O caso do Amapá, com 100% dos municípios alocados no *Cluster 2*, reforça o peso das desigualdades estruturais na produção e aprovação dos instrumentos (Figura 1).

Esses resultados sugerem que o contexto regional tem maior influência sobre os percentuais de conformidade com o ciclo de planejamento do que características demográficas e territoriais isoladas. Fatores como vulnerabilidade socioeconômica, processos históricos e indicadores de saúde e qualidade de vida, incluindo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), podem impactar a capacidade de planejamento dos municípios (Grin, Demarco e Abrucio, 2021).

A região Sul destaca-se pela potente infraestrutura, maior presença de profissionais e instituições de saúde, e melhor integração entre os municípios. Em contraste, a região Norte enfrenta desafios significativos, o que reforça a necessidade de políticas de apoio diferenciadas, focadas na regionalização e no fortalecimento de recursos humanos e administrativos para regiões com IDH médio a baixo (Silva, Bornia e Safanelli, 2021). Esses fatores, aliados a melhores índices socioeconômicos, favorecem processos de organização e implementação do planejamento em saúde. Em contraste, esses mesmos aspectos representam desafios importantes para a região Norte (Paula, 2024).

Limitações do estudo

O recorte temporal adotado no presente estudo incluiu o período da pandemia por COVID-19, o que influenciou a capacidade de cadastro de documentos, especialmente em áreas vulneráveis, devido à alocação de recursos e atenção para o enfrentamento da crise sanitária (Santos et al., 2023). Além disso, conforme destacado por Silva et al. (2020), a rotatividade de gestores e os efeitos do isolamento social impactaram processos centrais do planejamento em saúde, como as pactuações de metas e a participação dos gestores nas instâncias regionais de governança, incluindo a Comissão Intergestores Regional (CIR).

Também se reconhece que fatores preexistentes, como o contexto político-partidário polarizado, podem ter limitado a articulação intersetorial e a continuidade de ações estruturantes do ciclo de planejamento. Esses elementos reforçam a necessidade de análises integradas que considerem tanto determinantes estruturais quanto conjunturais para enfrentar desigualdades regionais e fortalecer a capacidade de gestão municipal em saúde (Santana et al., 2017).

Este estudo não avaliou a clareza, consistência interna ou qualidade técnica dos documentos cadastrados no portal SAGE, uma vez que essa análise compõe a fase qualitativa da dissertação mais ampla, a ser apresentada em artigo específico. Assim, os resultados aqui apresentados concentram-se exclusivamente na situação cadastral dos

instrumentos de planejamento e nos padrões de conformidade identificados entre os municípios brasileiros.

Apesar dessa limitação, a existência de instrumentos formalmente cadastrados já indica uma estrutura mínima de organização institucional do processo de planejamento. Dessa forma, é razoável supor que municípios e regiões com maior completude apresentam maior capacidade de gestão, monitoramento e execução de políticas públicas de saúde, o que pode repercutir positivamente na efetividade da implementação e dos repasses financeiros vinculados a esses instrumentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam a persistência de fragilidades estruturais no processo de planejamento em saúde nos municípios brasileiros, revelando um quadro nacional marcado por heterogeneidade e desigualdades regionais. A aplicação da análise de clusters permitiu identificar padrões distintos de conformidade quanto aos instrumentos obrigatórios de planejamento do SUS, demonstrando que a regularidade documental constitui um marcador sensível da capacidade de gestão e do grau de institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação.

O *Cluster 1*, formado por municípios com maior proporção de documentos aprovados, expressa maior estabilidade administrativa, coordenação de processos e aderência às diretrizes federais de planejamento. Em contraste, o *Cluster 2* concentra municípios com baixa conformidade, especialmente nos instrumentos de monitoramento e prestação de contas (RAG e RDQA), cuja incompletude revela a limitada capacidade de implementar rotinas sistemáticas de avaliação, retroalimentação da gestão e transparência pública. Esses dados reforçam que a ausência ou não aprovação desses instrumentos não se restringe a um problema procedimental, mas reflete desigualdades na capacidade estatal e fragilidades históricas da governança municipal em saúde.

A ausência de associação entre conformidade documental e características como tipologia municipal ou grau de urbanização indica que os desafios observados extrapolam diferenças estruturais entre cidades de portes distintos. Por outro lado, a associação significativa com as macrorregiões revela um componente territorial crítico: o desempenho mais favorável da região Sul, contrastando com a maior probabilidade de baixa conformidade na região Norte, traduz assimetrias persistentes na disponibilidade de recursos, na qualificação técnica das equipes e na densidade institucional dos processos de gestão. Essas desigualdades regionais, já amplamente documentadas em outros indicadores de desempenho do SUS, ganham aqui uma expressão específica no campo do planejamento em saúde.

Como desdobramento, recomenda-se que estudos futuros explorem os determinantes da pertença dos municípios a cada *cluster*, incorporando variáveis relacionadas à capacidade fiscal, à estrutura administrativa, ao financiamento federal e à estabilidade das equipes de gestão. Abordagens qualitativas poderão aprofundar a compreensão das práticas concretas de elaboração e aprovação dos instrumentos, identificando barreiras organizacionais, contextos decisórios e dinâmicas político-institucionais que influenciam a qualidade do planejamento. Pesquisas que integrem métodos quantitativos e qualitativos também poderão examinar a relação entre conformidade documental e desempenho em políticas estratégicas, como o enfrentamento das condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), contribuindo para avaliar em que medida o planejamento formal se traduz em capacidade concreta de intervenção.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, G de O.; et al. Relatório anual de gestão: o que revelam os pareceres de conselhos municipais de saúde pernambucanos?. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 102–115, 2023.
- BINSFELD, L.; GOMES, M. A. de S. M.; KUSCHNIR, R. Análise estratégica da atenção às malformações congênitas: proposta de abordagem para o desenho de linhas de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 981-991, 2023.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 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 da União*, Brasília, n. 180, 1990.
- BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990.
- BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135**, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2013a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. **Lei Complementar 141 – Guia prático para a Gestão Municipal**. Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Sala de Apoio à Gestão Estratégica: painel da situação dos instrumentos de planejamento**. 2021. Disponível em: <https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>.
- CAVALCANTE, A. A.; MAGDALENA, P. C.; MORIGUCHI, C. S. Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e210866pt, 2023.
- DE LIMA FONTES, F. L. et al. Fiscalização e controle da política de saúde pelo Conselho Municipal de Saúde de Teresina-PI. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 1, p. 2695-2726, 2024.
- FIGUEIRA, A B. et al. *Cluster* do engajamento dos enfermeiros brasileiros na advocacia política. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210105, 2022.

FUGINAMI, C. N.; COLUSSI, C. F.; ORTIGA, A. M. B.. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 857-870, 2020.

FURTADO, J. P. et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração.

Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. e00087917, 2018.

GONÇALVES, A. M. S.; MACHADO, A. P. R.; ADERNE, F. Planejamento e gestão: utilização do PAS como instrumento de gestão para as ações de vigilância sanitária de Cruz das Almas – BA em 2019. In: ANAIS DO 8º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2019, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos**. Campinas, Galoá, 2020. Disponível em:

<<https://proceedings.science/simbravisa-2019/trabalhos/planejamento-e-gestao-utilizacao-do-pas-como-instrumento-de-gestao-para-as-acoes?lang=pt-br>>

GRIN, E. J.; DEMARCO, D. J.; ABRUCIO, F. L. Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro. **Editora da UFRGS/CEGOV**, p. 714, 2021.

IBGE. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Proposta Metodológica para Classificação dos Espaços do Rural, do Urbano e da Natureza no Brasil. **IBGE, Coordenação de Geografia**. Rio de Janeiro, 2023.

IBM SPSS - Statistics para Windows. **IBM Corp**. Armonk, NY., versão 29.0.2.0, 2023.

KLEIN, S. T. R. et al. Planos Municipais de Saúde do Estado do Tocantins: uma análise com foco no enfrentamento da obesidade. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 31, n. 4, 2022.

LIMA, L. L. et al. Planejamento governamental nos municípios brasileiros: em direção a uma agenda de pesquisa. **Cadernos EBAPE.BR** [online]. v. 18, n. 2, p. 323-3, 2020.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2367-2382, 2010.

NOGUEIRA, K. W. A. S. Administração política da saúde: uma análise das ações em saúde no município de Campina Grande, Paraíba. **Rev Soc Hum**, 33.1: 55-77, 2020.

NORA, L. C. D. et al. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 278-286, 2019.

OLIVEIRA, J. S. et al. Gestão e planejamento integrado em saúde no SUS: análise da capacidade governamental em região de saúde da Bahia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34052, 2024.

OLIVEIRA, L. G. F. et al. Cenário das desigualdades regionais no acesso à atenção primária à saúde no Brasil. **Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na atenção primária à saúde**, 2023.

PAULA, B. T. de et al. Desenvolvimento socioeconômico municipal: um estudo da região Norte do Brasil. **Interações (Campo Grande)**, v. 25, n. 2, p. e2523814, 2024.

PINHEIRO, R. V. B. et al. Desempenho da atenção primária à saúde, segundo clusters de municípios convergentes no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 25, 2022.

RAMOS, A. C.A.;et al. Plano Municipal De Saúde: Análise dos municípios do Estado de São Paulo no período de 2014 a 2017. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 03, p. 161–176, 2021. DOI: 10.26512/gsv12i02.40912. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/40912>.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2012.

ROCHA, A.A.R.M., SOUZA, M.K.B. Planejamento em saúde: concepções, “tentativas” e desafios para a prática. In: SOUZA, M.K.B., comp. Planejamento e gestão em saúde: caminhos para o fortalecimento das hemorredes [online]. Salvador: **EDUFBA**, p. 15-43, 2018, ISBN 978-85-232-2027-3. <https://doi.org/10.7476/9788523220273.0003>.

ROCHA, N. F.; MOREIRA, M.R. Participação, representação e deliberação no processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA (2018-2020). **Saúde em Debate**, v. 46, p. 26-43, 2023.

SANTANA, E. M. de et al. Violência e saúde: Análise documental do plano municipal de saúde de e Camaçari-Ba 2014/2017. **Fundação Oswaldo Cruz**, Fundação Estatal Saúde Da Família – FESFSUS/PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE. 2017.

SANTOS, H. L. P. C. dos et al. Participação social na elaboração dos planos municipais de saúde em capitais brasileiras durante a pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 28, n. 12, p. 3609-3617, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.20482022>>

SILVA, R. C. F. da et al. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. , v. 30, n. 03, 2020.

SILVA, M. L. B.; BORNIA, A. C.; SAFANELLI, A. Análise do impacto dos instrumentos de gestão preconizados pelo SUS nos indicadores de saúde. **Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação (EIGEDIN)**, v. 5, n. 1, 2021.

SODER, Rafael M.; MACHADO, Guilherme Fortes; DE CARLI, Patrícia. Os planos municipais de saúde como ferramenta de gestão e planejamento: um levantamento bibliométrico a respeito da produção acadêmica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 4, p. 12340-12352, 2022.

SOUZA, E. A. de et al. Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: uma análise espaço-temporal no Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde**

e Pública [online]. v. 35, n. 9, 2019. Disponível

em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00209518>>. ISSN 1678-4464.

SOUZA, H. S. de et al. Análise documental dos planos municipais de saúde de Chapecó. **ANAIS - XIII JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA**, 2023.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento Estratégico: conceitos, métodos e experiências. Salvador:

EDUFBA, 2010.

VARELA, R.; ACHUTTI, C. F.; GUARANHA, C.; ALVES DE QUEVEDO, A. L.; LOPES, E. C. Sistema de Monitoramento Estratégico para a Gestão em Saúde. **Journal of Health Informatics**, Brasil, v. 1, n. 2, 2019. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/618>.

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

VIEIRA, F. S. et al. **Prioriza SUS: gestão estratégica do Sistema Único de Saúde**. Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2023.