

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ
CAMPUS DE CAMPO MOURÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA EDUCAÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO - PPGSeD**

TELMA TEREZINHA LOPES COSTA

**TRANSPARÊNCIA E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: UMA
ANÁLISE DO DIGISUS GESTOR/MÓDULO PLANEJAMENTO**

**CAMPO MOURÃO - PR
2025**

TELMA TEREZINHA LOPES COSTA

**TRANSPARÊNCIA E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: UMA
ANÁLISE DO DIGISUS GESTOR/MÓDULO PLANEJAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento (PPGSeD) da Universidade Estadual do Paraná (Unespar), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Sociedade e Desenvolvimento.

Linha de Pesquisa 1: formação humana, processos socioculturais e instituições

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes

**CAMPO MOURÃO - PR
2025**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNESPAR e Núcleo de Tecnologia de Informação da UNESPAR, com Créditos para o ICMC/USP e dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Costa, Telma Terezinha Lopes

Transparência e controle social na saúde: uma análise do DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento / Telma Terezinha Lopes Costa. -- Campo Mourão-PR, 2025.

125 f. : il.

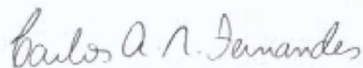
Orientador: Carlos Alexandre Molena Fernandes.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico Interdisciplinar: "Sociedade e Desenvolvimento") -- Universidade Estadual do Paraná, 2025.

1. DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento. 2. Controle Social. 3. Gestão da Saúde. 4. Sistemas de Informação em Saúde. 5. Transparência. I - Fernandes, Carlos Alexandre Molena (orient). II - Título.

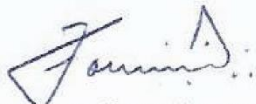
TELMA TEREZINHA LOPES COSTA

**TRANSPARÊNCIA E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: UMA ANÁLISE DO
DIGISUS GESTOR/MÓDULO PLANEJAMENTO**

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes (Orientador)



Prof. Dr. Jorge Leandro Delconte Ferreira (Unespar)

Documento assinado digitalmente

gov.br

SUZANA GOYA

Data: 27/11/2025 06:31:18-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Suzana Goya (UEM)

Data de Aprovação

24/11/2025

Campo Mourão - PR

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, minha base e inspiração, e aos gestores e conselheiros de saúde que, com compromisso e dedicação, buscam a transparência na gestão e o fortalecimento da participação social, em defesa do SUS.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos anjos que me acompanham e iluminam meu caminho.

Aos meus pais, Aparecido (*in memoriam*) e Mercedes, pelo exemplo de dedicação e pelos esforços incansáveis na minha formação educacional e de caráter.

À minha família – meu marido João, meus filhos Bianca e Felipe, minha nora Luíza e meus netos Antônio e Helena – pela compreensão diante da minha ausência, pelo apoio incondicional e pela presença carinhosa em todos os momentos.

Aos meus irmãos, Tânia, Wagner, Helington e Wesley pelo exemplo inspirador e pelo incentivo constante, e em especial à Sonia, pelas discussões que enriqueceram esta pesquisa.

À minha cunhada Tânia, que me motivou a iniciar esta jornada do mestrado.

Aos colegas de trabalho, pelo apoio e incentivo.

À Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR, Campus de Campo Mourão, pela oportunidade de realização deste Mestrado.

À Coordenação e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação Sociedade e Desenvolvimento – PPGSeD, pela dedicação e pelo compromisso com a arte de ensinar.

Às professoras Dra. Maria Inez Barbosa Marques, que me possibilitou a publicação de um capítulo no livro *Enfrentamento às violências de gênero: políticas públicas, interdisciplinaridade e diversidades*, e às professoras Dra. Wilma dos Santos Coqueiro e Dra. Ana Maria Soares Zukoski, pela oportunidade de publicação de um capítulo no livro *Estudos Culturais e Humanidades: epistemologias contemporâneas*.

Aos professores Dr. Jorge Leandro Delconte Ferreira e Dra. Suzana Goya, pelas valiosas contribuições na Banca de Qualificação e de Defesa do Mestrado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes, pela disponibilidade, dedicação e orientação cuidadosa, que me conduziram com firmeza nesta trajetória acadêmica.

EPÍGRAFE

“Nossas descobertas apontam para uma relação mais complexa entre as políticas nacionais e a percepção dos cidadãos, e ressaltam a importância de distinguir entre transparência *de jure*, *de facto* e percebida”.

Julia Trautendorfer e Nina Eder

COSTA, Telma Terezinha Lopes. **Transparência e controle social na saúde: uma análise do DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento**. 125f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento, Universidade Estadual do Paraná, *Campus* de Campo Mourão, Campo Mourão, 2025.

RESUMO

O Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento foi criado pelo Ministério da Saúde com o intuito de agregar os instrumentos de gestão em uma única plataforma digital, de forma a integrar as informações, facilitando a gestão e fortalecendo o controle social. Entendendo que nenhuma estrutura tecnológica é capaz de promover a transparência na gestão e facilitar o controle social, se a alimentação de dados for apenas burocrática, a autora se dispôs a analisar as contribuições do sistema, avaliando em que medida as ferramentas disponibilizadas favoreceriam a transparência e o controle social. Por meio da análise dos instrumentos de gestão de um pequeno município do Paraná, inseridos na plataforma, no período de 2018 a 2023, identificou limitações e lacunas que demandam aprimoramento e elaborou recomendações e sugestões às gestões municipal, estadual e federal, aos conselhos de saúde, à sociedade civil e à academia, para melhorar a utilização e a funcionalidade do sistema. De caráter interdisciplinar, as áreas de conhecimento movimentadas pela pesquisa foram a Saúde, a Gestão Pública e a Tecnologia de Informação, com ênfase nos Sistemas de Informação de Saúde. Utilizou-se de pesquisa documental descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, de natureza aplicada e com o uso do método dedutivo para a análise dos dados. A partir de princípios teóricos e do arcabouço legal que rege o Sistema Único de Saúde, avaliou a correspondência entre normas consolidadas e a realidade observada. Para a avaliação da plataforma foram utilizados os critérios de acessibilidade, disponibilidade, usabilidade, clareza, completude, funcionalidade, interação e utilidade. Para a avaliação dos instrumentos de gestão, foi efetuada a análise crítica dos documentos quanto à tempestividade, apropriação, rotatividade gerencial, composição do conselho e quatro itens das prestações de contas: Dados de Produção de Serviços no SUS, Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS, Programação Anual de Saúde e Execução Orçamentária e Financeira. A pergunta que norteou a pesquisa foi: O DigiSUS Gestor tem contribuído para a transparência da gestão em saúde e tem facilitado o controle social no Município de Mandaguapé? Os resultados obtidos apontam que em relação à plataforma, dos oito critérios analisados, apenas a completude obteve avaliação totalmente positiva, o que evidencia a necessidade de reestruturação do Sistema DigiSUS Gestor. Em relação aos instrumentos de gestão, foram detectados atrasos na elaboração de documentos, falta de apropriação dos mesmos, falta de equipe técnica qualificada e problemas na composição do Conselho Municipal de Saúde. Observou-se que a falta de interação entre os sistemas de informação, ocasionam ausência e inconsistência de dados e atrasos na transmissão, que impactam negativamente tanto a transparência da gestão quanto o controle social, fazendo com que as ferramentas disponibilizadas sirvam apenas para cumprir uma obrigação legal. O fortalecimento do controle social só será favorecido quando os usuários tiverem acesso a informações confiáveis em tempo hábil e tiverem capacitação suficiente para decodificar as informações transmitidas, não só pela plataforma, mas também pela Secretaria de Saúde.

Palavras-chave: DigiSUS, Controle Social, Gestão da Saúde, Sistema de Informação em Saúde, Transparência.

COSTA, Telma Terezinha Lopes. **Transparency and social control in health: an analysis of the DigiSUS Manager/Planning Module.** 125p. Master's Dissertation - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento, Universidade Estadual do Paraná, *Campus de Campo Mourão, Campo Mourão, 2025.*

ABSTRACT

The DigiSUS Management/Planning Module System was created by the Ministry of Health to combine management tools into a single digital platform, integrating information, facilitating management, and strengthening social oversight. Understanding that no technological framework can promote transparency in management and facilitate social oversight if data entry is merely bureaucratic, the author set out to analyze the system's contributions, assessing the extent to which the tools provided would foster transparency and social oversight. By analyzing the management tools of a small municipality in Paraná, which were used on the platform from 2018 to 2023, she identified limitations and gaps requiring improvement and developed recommendations and suggestions for municipal, state, and federal administrations, health councils, civil society, and academia to improve the system's usability and functionality. The interdisciplinary research focused on Health, Public Management, and Information Technology, with an emphasis on Health Information Systems. Descriptive-exploratory documentary research was used, with a qualitative approach and applied deductive methods for data analysis. Based on theoretical principles and the legal framework governing the Unified Health System, the study assessed the correspondence between established standards and the observed reality. The platform was evaluated based on accessibility, availability, usability, clarity, completeness, functionality, interaction, and usefulness. The management tools were evaluated by critically analyzing the documents for timeliness, appropriation, management turnover, board composition, and four items of financial reporting: SUS Service Production Data, SUS Health Professionals Working, Annual Health Programming, and Budget and Financial Execution. The research question was: Has DigiSUS Gestor contributed to the transparency of healthcare management and facilitated social oversight in the municipality of Mandaguaçu? The results indicate that, of the eight criteria analyzed, only completeness received a completely positive evaluation, highlighting the need to restructure the DigiSUS Gestor System. Regarding management tools, delays in document preparation, lack of ownership, a lack of qualified technical staff, and problems with the composition of the Municipal Health Council were detected. It was observed that the lack of interaction between information systems results in missing and inconsistent data and delays in transmission, which negatively impact both management transparency and social oversight, making the tools available serve only to fulfill a legal obligation. Strengthening social oversight will only be facilitated when users have access to reliable information in a timely manner and are sufficiently trained to decode the information transmitted not only by the platform but also by the Health Department.

Keywords: DigiSUS, Social Control, Health Management, Health Information System, Transparency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BNAFAR	Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CDS	Coleta de Dados Simplificados
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CF88	Constituição Federal de 1988
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
EC95	Emenda Constitucional 95
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DGMP	DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento
DN	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de óbito
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
EaD	Educação à Distância
e-SUSAF	e-SUS Assistência Farmacêutica
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos

LOA	Lei Orçamentária Anual
PAS	Programação Anual de Saúde
PEC29	Proposta de Emenda Constitucional
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
RAG	Relatório Anual de Gestão
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RREO	Relatório Resumido da Execução Orçamentária
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabulador de Dados para Ambiente Internet
TABWIN	Tabulador de Dados para <i>Windows</i>
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TI	Tecnologia da Informação
UNESPAR	Universidade Estadual do Paraná

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Data de aprovação dos Planos Municipais de Saúde de Mandaguaçu.....	59
Tabela 2 – Datas de aprovação das PAS pelo Conselho de Saúde de Mandaguaçu	60
Tabela 3 – Datas de apresentação dos RDQA para o CMS e datas das Audiências Públicas – 2018 - 2023	61
Tabela 4 – Data de apresentação dos Relatórios Anuais de Gestão- 2018-2023.....	62
Tabela 5 – Situação de entrega das informações ao SIOPS 2018-2023	63
Tabela 6 – Data do envio de informações ao SIOPS do 6º bimestre	63
Tabela 7 - Número de conselheiros presentes nas reuniões ordinárias do CMS de Mandaguaçu	67
Tabela 8 – Visitas domiciliares por ano – 2018 a 2023.....	71
Tabela 9 – Produção da atenção básica nos RDQA e RAG 2021	71
Tabela 10 – Número de visitas domiciliares realizadas por ACS/ano/mês e dia	72
Tabela 11 – Postos de trabalho ocupados no SUS por forma de contratação	78
Tabela 12 - Avaliação das PAS de 2018 a 2023 quanto ao alcance de metas	90
Tabela 13 – Determinantes de saúde – Mandaguaçu - Paraná	94
Tabela 14 – Série histórica de Mortalidade infantil – Mandaguaçu - PR.....	95
Tabela 15 – Série histórica de cobertura por plano de saúde	96
Tabela 16 – Relatório quadrimestral de indicadores – 2022/2023	97
Tabela 17 – Série histórica de aplicação de recursos próprios em saúde	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios da Transparência	22
Quadro 2 – Rotatividade de gestores da saúde de Mandaguaçu – 2018 a 2023	64
Quadro 3 – Ocupação/função exercida pelos representantes dos trabalhadores da saúde no CMS.....	66
Quadro 4 – Dados de Produção de Atenção Básica – Visita domiciliar	69
Quadro 5 – Número de visitas domiciliares realizadas no período de 2018 a 2023	72
Quadro 6 – Número de Agentes Comunitários de Saúde.....	72
Quadro 7 – Pendência de instrumentos de gestão no DGMP – 2018 - 2023	94
Quadro 8 – Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira da Prefeitura de Mandaguaçu - 2023	100

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Tipos de transparências no DigiSUS Gestor.....	21
Figura 2 – Financiamento do SUS.....	23
Figura 3 – Plano de Trabalho da Gestão 2017-2020	60
Figura 4 – Produção de Atenção Básica - 2018	70
Figura 5 – Produção de Atenção Básica - 2019	70
Figura 6 – Produção de Atenção Básica - 2020	70
Figura 7 – Relação de servidores ativos - 10/09/2025	77
Figura 8 – Ata da Reunião Ordinária CMS – 1RDQA - 25/05/2022	81
Figura 9 – Porcentagem de aplicação de recursos próprios (EC29) em saúde - 2022	82
Figura 10 – Slide Receita X Despesa – RAG2022.....	82
Figura 11 – Contas que não cumprem seu propósito de responsabilização	84
Figura 12 – Taxa de mortalidade infantil	95
Figura 13 – Meta de alcance dos indicadores.....	97
Figura 14 – Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira 1RDQA (até 30/04)	98
Figura 15 – Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira (até 30/06)	98
Figura 16 – Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira 2RDQA (até 31/08)	99
Figura 17 – Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira 3RDQA (até 31/12)	99
Figura 18 – Demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde	100

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Objetivos	17
1.1.1 <i>Objetivo geral</i>	17
1.1.2 <i>Objetivos específicos</i>	17
1.2 Justificativa	17
1.2.1 <i>Justificativa pessoal</i>	17
1.2.2 <i>Justificativa científica</i>	18
1.2.3 <i>Justificativa social</i>	18
1.3 Delimitação do estudo	18
1.4 Estrutura da dissertação	18
2 CONTRIBUIÇÃO DO SISTEMA DIGISUS GESTOR/MÓDULO PLANEJAMENTO PARA A TRANSPARÊNCIA E O CONTROLE SOCIAL	20
2.1 Transparência pública	20
2.2 Controle social na saúde	25
2.3 Sistemas de Informação em Saúde no DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento	28
2.3.1 <i>Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC</i>	29
2.3.2 <i>Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM</i>	30
2.3.3 <i>Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES</i>	30
2.3.4 <i>Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS e Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS</i>	30
2.3.5 <i>Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB</i>	31
2.3.6 <i>Tabulador de Dados para Ambiente Internet - TabNet</i>	32
2.3.7 <i>Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS</i>	32
2.3.8 <i>Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HÓRUS</i>	33
2.3.9 <i>Vigilância em Saúde (SIA/SUS)</i>	34
3 DIGISUS GESTOR/MÓDULO PLANEJAMENTO E OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO	36
3.1 Breve histórico e finalidade do sistema	36
3.2 Apresentação dos instrumentos de gestão	38
3.2.1 <i>Plano Municipal de Saúde - PMS</i>	38
3.2.2 <i>Programação Anual da Saúde - PAS</i>	40

3.2.3 Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA	42
3.2.4 Relatório Anual de Gestão - RAG	44
3.3 Conexão entre os instrumentos de gestão e o controle social	45
3.3.1 Tempestividade dos instrumentos de gestão	46
3.3.2 Rotatividade gerencial	47
3.3.3 Composição do Conselho Municipal de Saúde	47
3.3.4 Linguagem técnica	48
3.3.5 Trabalhadores da saúde	49
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	52
4.1 Avaliação da plataforma DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento	53
4.2 Avaliação dos instrumentos de gestão do Município de Mandaguçu	54
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
5.1 Avaliação da plataforma DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento	57
5.2 Análise dos instrumentos de gestão do Município de Mandaguçu no DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento	59
5.2.1 Tempestividade dos instrumentos de gestão	59
a. Plano Municipal de Saúde – PMS	59
b. Programação Anual da Saúde - PAS	60
c. Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA	61
d. Relatório Anual de Gestão - RAG	62
e. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS	62
5.2.2 Quanto à apropriação dos instrumentos de gestão	63
5.2.3 Quanto à rotatividade gerencial.....	63
5.2.4 Quanto à composição do Conselho Municipal de Saúde	65
5.2.5 Quanto à utilização de linguagem técnica	66
3.2.6 Quanto às prestações de contas nos RDQA e RAG.....	67
a. Dados de Produção de Serviços no SUS	67
I. Produção da atenção básica.....	69
II. Produção de urgência e emergência.....	74
III. Produção de atenção psicossocial.....	74
IV. Produção de atenção ambulatorial especializada e hospitalar.....	75
V. Produção de assistência farmacêutica.....	75
VI. Produção de vigilância em saúde por grupo de procedimentos.....	76
B. Profissionais de saúde trabalhando no SUS	77

<i>C. Programação anual de saúde – PAS</i>	78
<i>D. Execução orçamentária e financeira</i>	80
5.3 Limitações e lacunas do Sistema Digisus que demandam aprimoramento	85
<i>5.3.1 Recomendações para o aprimoramento do PMS</i>	87
<i>5.3.2 Recomendações para o aprimoramento da PAS</i>	88
<i>5.3.3 Recomendações para o aprimoramento dos RDQA</i>	88
<i>5.3.4 Recomendações para o aprimoramento do RAG</i>	89
5.4 Sugestões fundamentadas à gestão, aos conselhos de saúde e sociedade civil e à academia	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	111
APÊNDICES A- Acesso ao DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento	111
APÊNDICES B - Prazos dos Instrumentos de Gestão	114
APÊNDICES C - Despesa Pública	118
APÊNDICES D - Modelo de Prestação de Contas	122

1 INTRODUÇÃO

Em 2019, o Ministério da Saúde implantou o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento (DGMP), uma plataforma digital para estados e municípios, cujo foco é a integração dos Instrumentos de Gestão do SUS. O objetivo seria facilitar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços pelos conselhos de saúde, de forma a aperfeiçoar a gestão e facilitar o acompanhamento das políticas públicas implementadas, além de promover a verificação da utilização dos recursos públicos, dando maior transparência à Gestão em Saúde (Brasil, 2021a).

O DGMP consiste em um sistema de informação que agrega todos os instrumentos de gestão do SUS, a partir de 2018. Engloba os Planos de Saúde (PS), as Programações Anuais de Saúde (PAS), os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), com a inserção das resoluções correspondentes. Possui interface e importa dados de vários outros Sistemas de Informações em Saúde (SIS).

A plataforma possui dois tipos de acesso, o restrito a três perfis, gestor, técnico e conselheiro de saúde, cada um com suas permissões¹, e o público, que permite acesso livre às informações inseridas pelos perfis restritos, incluindo a possibilidade de *download* dos instrumentos de gestão já inseridos e avaliados pelos conselhos de saúde (Brasil, 2019).

A existência da plataforma, por si só, não se constitui em garantia de que as ferramentas disponibilizadas cumpram sua finalidade. Pode haver limitações de acesso e indisponibilidade de informações, que prejudiquem o uso e a funcionalidade do sistema, demandando aprimoramento.

Ademais, dificuldades de interação entre os sistemas de informação, que têm papel preponderante na garantia de utilidade da plataforma, ou a baixa qualidade dos dados coletados e sua transmissão fora do prazo podem trazer prejuízos ao ciclo de planejamento em saúde, comprometendo a elaboração dos instrumentos de gestão e, conseqüentemente, prejudicando a gestão e o controle social.

A falta de qualificação técnica das equipes das secretarias de saúde, assim como a falta de capacitação dos conselheiros de saúde, pode gerar instrumentos de gestão desconectados da realidade dos municípios.

¹ Ao gestor e técnico municipal permite o preenchimento de todos os campos do sistema e a anexação de arquivos, porém, somente o gestor pode enviar o relatório para o CMS. A este, permite a visualização de todas as informações inseridas, emissão de parecer e anexação das resoluções correspondentes.

Entendendo que nenhuma estrutura tecnológica será capaz de promover a transparência na gestão e facilitar o controle social, se a alimentação dos dados no sistema, for apenas para o cumprimento de obrigações legais, a autora pretende, ao utilizar o tema DigiSUS Gestor nesta pesquisa, analisar as contribuições dessa plataforma para a transparência da Gestão em Saúde e facilitação do Controle Social, identificar limitações e lacunas que demandem aprimoramento, e elaborar sugestões que possam contribuir com a gestão, com os conselhos de saúde, a sociedade civil e a academia. Ao fim deste trabalho, pretende responder a seguinte questão: **O DigiSUS Gestor tem contribuído para a transparência da gestão em saúde e tem facilitado o controle social no Município de Mandaguaçu?**

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a contribuição do Sistema DigiSUS Gestor/ Módulo Planejamento na transparência da gestão da saúde e no controle social do Município de Mandaguaçu, Paraná.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar em que medida as ferramentas disponibilizadas pelo DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento favorecem o fortalecimento do controle social;
- b) Identificar eventuais limitações ou lacunas nas ferramentas do sistema, apontando aspectos que demandem aprimoramento;
- c) Elaborar sugestões de procedimentos operacionais que facilitem o monitoramento e a avaliação tanto da execução dos serviços quanto da execução financeira e orçamentária da saúde aos conselheiros, à sociedade civil e à academia.

1.2 Justificativa

1.2.1 Justificativa pessoal

Esta pesquisa se justifica no âmbito pessoal, pelo fato de a autora ter sido usuária do Sistema DigiSUS Gestor nos três perfis de acesso restrito. Tal vivência acarreta o conhecimento de cada instrumento de gestão elaborado e da importância da junção dos mesmos em um único

local, facilitando a discussão sobre a transparência na gestão e o controle social e contribuindo com respostas assertivas ao problema de pesquisa.

1.2.2 Justificativa científica

Os conhecimentos acerca da transparência na Gestão em Saúde e do controle social ainda são restritos aos profissionais que atuam dentro das secretarias de saúde e membros dos conselhos de saúde. Tal fato restringe a participação da comunidade científica, prejudicando a formação de profissionais integrados à realidade da saúde pública brasileira e perpetuando o amadorismo gerencial no setor. Dessa forma, justifica-se a realização desta pesquisa, que possibilitará à comunidade científica, a aquisição de novos conhecimentos, propiciando avanços práticos no ensino e na gestão da saúde pública.

1.2.3 Justificativa social

Esta pesquisa se justifica, no âmbito social, por trazer conhecimento de dois setores complexos, a contabilidade pública e o controle social da saúde, temas que podem ser tratados de uma forma prática e efetiva, para uma melhor compreensão das políticas públicas implementadas, tanto para os conselheiros de saúde quanto para sociedade civil.

1.3 Delimitação do estudo

A fonte de dados definida para esta pesquisa, foram documentos inseridos na plataforma DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento do Município de Mandaguaçu, Paraná. O recorte geográfico foi intencional, pois a pesquisadora é trabalhadora da saúde no município, desde 1991, tendo contribuído para a implantação das políticas públicas do SUS, desde então. O recorte temporal, de 2018 a 2023, partiu dos primeiros dados inseridos no sistema até o ano em que não existia pendências, em relação a algum instrumento de gestão, no momento da coleta de dados. O recorte temático abrangeu a análise de todos os instrumentos da gestão municipal do SUS: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde, Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão.

1.5 Estrutura da dissertação

Esta pesquisa é composta por cinco seções a partir da Introdução. A segunda seção se constitui em embasamento teórico através de pesquisa bibliográfica de material já elaborado, utilizando-se de teses e dissertações provenientes do Banco de Teses e Dissertações da Capes, artigos de periódicos científicos da Base Scielo e artigos internacionais sobre transparência na gestão pública e prestação de contas com utilização do Google Scholar. Também são utilizados livros, manuais e outros materiais e fontes capazes de ampliar os conhecimentos acerca da temática envolvida, a transparência da gestão pública e o controle social, necessários e identificados no transcorrer do processo de aquisição de conhecimento.

Na terceira seção apresenta-se o histórico e a finalidade do Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento, bem como os instrumentos de gestão: PMS, PAS, RDQA e RAG estabelecendo uma conexão entre os mesmos e o controle social.

Na quarta seção são definidos os procedimentos metodológicos a serem seguidos, na perspectiva de uma pesquisa documental descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa e de natureza aplicada, com a utilização dos documentos de gestão inseridos na plataforma DigiSUS, do Município de Mandaguaçu, entre os anos de 2018 e 2023. Na sequência, após a definição das categorias e critérios que seriam utilizados, é aplicado o uso do Método Dedutivo na análise dos dados.

A quinta seção apresenta a análise e discussão dos resultados, a apreciação crítica dos dados coletados e a avaliação das ferramentas do sistema, identificando as limitações e as lacunas existentes, e a posterior elaboração de sugestões fundamentadas aos conselhos de saúde, à sociedade civil e à academia, para melhoria da transparência e do controle social.

2 CONTRIBUIÇÃO DO SISTEMA DIGISUS GESTOR/MÓDULO PLANEJAMENTO PARA A TRANSPARÊNCIA E O CONTROLE SOCIAL

Nesta seção, serão destacadas as contribuições do DigiSUS para a efetivação da transparência da gestão pública da saúde e para o fortalecimento do controle social.

2.1 Transparência pública

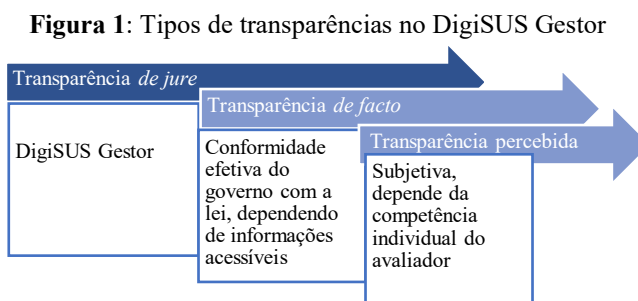
Os governos democráticos, em todo o mundo, têm implantado leis que promovem a transparência da gestão e a responsabilização (*accountability*²), como forma de legitimar a administração pública, reduzir as oportunidades de corrupção, aumentar a eficiência do governo e conquistar a confiança na administração, ao estimular a participação popular. A prestação de contas, que apresenta informações operacionais e financeiras abertas, tempestivas, acessíveis e comparáveis, permite que o cidadão possa emitir opiniões fundamentadas sobre a atuação governamental. (Marques, Carvalho e Siena, 2022; Salvador e Inclán, 2025; Trautendorfer e Eder, 2025).

A percepção de que o governo é aberto e transparente, com boa governança, seria diretamente proporcional às lacunas informacionais existentes entre os cidadãos e a gestão. Estudos apontam que a transparência seria um pré-requisito para que a *accountability* aconteça. No entanto, o cidadão pode não perceber a transparência governamental, sendo importante distinguir a transparência de direito (*de jure*), estabelecida em lei, a transparência efetivada de fato (*de facto*) e a transparência percebida (subjéitiva) que, não necessariamente, corresponde à realidade legal ou à observada na prática (Trautendorfer e Eder, 2025).

A análise do DigiSUS Gestor constitui-se em um mecanismo de responsabilização institucional em nível municipal (ou seja, uma contribuição *de jure*), utilizando a transparência percebida (subjéitiva), em nível individual, para mensurar o resultado desse mecanismo, ou seja, a conformidade efetiva do governo com a lei (o resultado *de facto*). No entanto, existem limitações práticas para essa análise, pois o avaliador individual pode não ter competência para julgar adequadamente a transparência, e os atores governamentais só podem ser responsabilizados, se as informações sobre suas ações forem acessíveis (Trautendorfer e Eder,

² *Accountability*, de forma mais ampla, refere-se à obrigação de assumir a responsabilidade por suas ações e decisões, respondendo por elas e por seus resultados.

2025). A **Figura 1** apresenta os tipos de transparência que poderão ser identificadas no DigiSUS Gestor.



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Rodríguez-Navas, Morales e Lalinde (2021) entendem a transparência como um processo comunicativo contínuo, pois novas informações são geradas constantemente e é importante saber a quem elas se destinam, dando atenção especial aos prazos e procedimentos necessários para sua divulgação. Consideram que o objetivo da transparência é facilitar e estimular a participação do cidadão, devendo ser proativa. Acreditam que, no que pese ser um elemento essencial de um governo democrático, a transparência seria modulada por níveis de gradação, o que não garantiria, por si só, a boa governança.

Os autores complementam que a transparência deve ser um valor a ser compartilhado pelos administradores públicos, com todas as pessoas que trabalham e que tenham responsabilidades políticas e administrativas na gestão. Salientam que, para que a transparência seja incorporada na prática, ela deve se basear em princípios que levem a atitudes conscientes, coerentes e éticas. Os princípios da transparência apontados pelos autores estão explicitados no **Quadro 1**.

Quadro 1: Princípios da Transparência

Princípios	Conteúdo
Divulgação	Os cidadãos têm o direito de saber como as instituições públicas são governadas e geridas.
Fortalecimento	A transparência fortalece o sistema democrático e as instituições que a colocam em prática.
Visibilidade	Informação de difícil compreensão ou que exige alto nível de competência técnica rompe a relação entre transparência e confiança
Compreensibilidade	Informações que não são compreensíveis não são transparentes. Deve-se utilizar linguagem e recursos jornalísticos, ferramentas de visualização de dados, audiovisuais e todos os tipos de recursos multimídia que possam ser úteis.
Disseminação	As informações não devem ser discriminadas e pré-julgadas, interessam a todos os cidadãos, embora não a todos igualmente, nem pelos mesmos motivos, nem ao mesmo tempo.
Humanismo	As sociedades atuais são formadas por um público plural composto por mulheres e homens de diferentes origens, idades, posições sociais, interesses, habilidades, etc. A transparência institucional deve tornar visível o pluralismo político e social.

Fonte: Rodríguez-Navas, Morales e Lalinde (2021)

Rodríguez-Navas, Morales e Lalinde (2021) consideram, ainda, que a informação transparente deve ter os seguintes atributos didaticamente apresentados: veracidade, pontualidade, acessibilidade, usabilidade, inteligibilidade, universalidade, pluralismo e pluralidade.

Veracidade: As informações devem ser publicadas em sua totalidade, sem omitir dados ou informações.

Oportunidade: Informação oportuna é aquela que é publicada quando é útil para o público, para sustentar opiniões e propostas, contribuindo para a reflexão e o debate.

Acessibilidade: Informações transparentes devem ser facilmente acessíveis a qualquer indivíduo, ter estrutura clara e usar títulos compreensíveis.

Usabilidade: As informações devem poder ser copiadas e compartilhadas.

Inteligibilidade: As informações devem ser compreensíveis, com apresentação, visualização e explicação dos dados utilizando vídeos, infográficos e outros meios, que facilitem o entendimento do público.

Universalidade: As informações devem ser compreensíveis para todos os tipos de usuários, considerando qualquer tipo de característica social, física ou cognitiva.

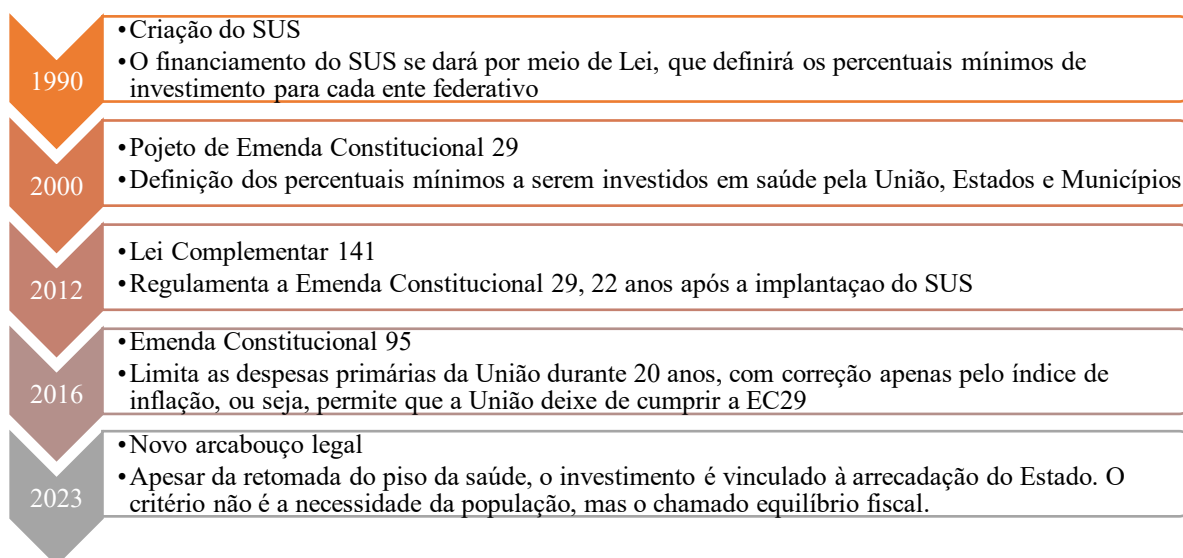
Pluralismo: As informações devem ser visíveis a toda pluralidade política, religiosa ou cultural, que tem direitos iguais, tanto à informação quanto ao poder.

Pluralidade: A informação deve levar em consideração a diversidade de pessoas que compõem o corpo social e que leem os textos escritos ou audiovisuais, interpretando-os a partir de sua realidade e comparando-os com sua experiência de vida e interesses.

Transparência pública no SUS: A construção do SUS tem-se dado paulatinamente, consolidando o Direito à Saúde, preconizado pela Constituição Cidadã de 1988. A participação popular deve ser a mola mestra dessa consolidação (Brasil, 1988).

Embora a criação do SUS tenha se dado em 1990, os percentuais mínimos a serem investidos em saúde pela União, Estados e Municípios, previstos na Proposta de Emenda Constitucional n. 29/2000 (PEC29), foram regulamentados por meio da Lei Complementar n. 141/2012, ou seja, vinte e dois anos depois. (Brasil, 2000; Brasil, 2012). No entanto, o persistente estado de deterioração econômica no país, gerou a EC n. 95/2016 (Teto de Gastos), implantada no Governo Temer, que limitou as despesas primárias da União durante 20 anos, com correção apenas pelo índice de inflação (Brasil, 2016). Em 2023, houve a substituição da EC95 pelo novo arcabouço fiscal, entretanto, apesar da retomada do piso da saúde, o investimento é vinculado à arrecadação do Estado. O critério não é a necessidade da população, mas o chamado equilíbrio fiscal. A **Figura 2** mostra a regulamentação do financiamento da saúde.

Figura 2: Financiamento do SUS



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Essa situação tem gerado grandes impactos nas áreas sociais, especialmente na saúde, cujo financiamento tem sido historicamente insuficiente. À época, não se observou nenhuma mobilização social contrária à instituição do Teto de Gastos (Costa e Lanzara, 2024). Os municípios tiveram que limitar investimentos em outros setores e aumentar os investimentos na área da saúde, pois é lá, onde as demandas e queixas se fazem presentes.

No rastro da definição dos percentuais de investimentos em saúde, surgiu a necessidade de dar transparência e responsabilização aos gestores na aplicação desses e de outros recursos, o que aconteceu com o advento da Lei Complementar n. 101/2000, conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Dentre outras coisas, essa lei definiu que o gasto que os municípios poderiam ter com a folha de pagamento dos servidores, seria de no máximo 60% da receita corrente líquida, 54% destinados ao Executivo e 6% ao Legislativo. Ou seja, dos 15% destinados para a saúde pela EC29, 46% deveriam ser suficientes para todas as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que devem englobar desde a promoção da saúde e prevenção de doenças, até o tratamento e reabilitação do usuário do SUS.

Faltava, porém, uma lei que garantisse a disponibilização das informações, para que a sociedade pudesse efetivar seu papel fiscalizador das políticas públicas da saúde. Com esse intuito, foi instituída e regulamentada a Lei n. 12.527/2011, denominada Lei de Acesso à Informação, cujo objetivo seria também, a garantia de uma gestão transparente da informação pela administração pública (Brasil, 2011a).

Todo esse arcabouço legal, facilitou a verificação dos cumprimentos das metas acordadas quanto ao percentual mínimo de 15%, no caso dos municípios, de recursos livres aplicados em saúde. Mas, a compreensão da efetiva utilização dos recursos restava comprometida, já que as informações disponibilizadas nos sítios eletrônicos dos entes federados, eram insuficientes para uma análise mais profunda, devido à falta de clareza e objetividade. Os dados fornecidos se resumiam ao compartilhamento das informações técnicas repassadas aos Tribunais de Contas, comprometendo a transparência na gestão pública.

A análise da eficiência e efetividade das ações e serviços prestados à população deve ser correlacionada com a qualidade do gasto efetivo (Possoli e Vieira, 2020), daí a importância vital da participação popular, garantida pela Lei n. 8080/1990, que criou o SUS, e pela Lei n. 8142/1990, que determinou que os Conselhos de Saúde sejam parte integrante da gestão da saúde. A este, compete a fiscalização da utilização dos recursos públicos em saúde, de forma rotineira, por meio dos relatórios trimestrais e Relatório Anual de Gestão, garantindo a transparência da gestão em saúde (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

A obrigatoriedade da elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde, como o PMS e a PAS, e da prestação de contas por meio dos RDQA e RAG são um ganho para a transparência na gestão da saúde pública; porém, muitas vezes esses documentos são elaborados de forma burocrática, somente para cumprir obrigações legais.

O surgimento da plataforma DigiSUS Gestor veio para demonstrar a importância desses instrumentos para a boa gestão da saúde. Favorecendo o monitoramento e a avaliação por parte

dos conselhos de saúde, sinaliza que a hierarquia na elaboração dos documentos é necessária e que a conexão e a integração entre os instrumentos de gestão e as peças orçamentárias, são vitais para a compreensão e para a evolução das políticas públicas implementadas.

O acompanhamento longitudinal da gestão, por meio do DGMP, possibilita ao conselho de saúde, à sociedade civil e à academia, compreender a situação de saúde de cada comunidade, favorecendo o surgimento de novas políticas públicas, necessárias para concretizar o direito de todos a uma saúde universal, integral e equânime.

No entanto, para que o controle social seja efetivado, a publicação da informação deve ser feita no tempo certo, enquanto é útil para o público. Deve ser acessível a qualquer indivíduo, com a utilização de ferramentas de fácil compreensão. Os dados estatísticos e documentais devem ser apresentados em formatos abertos, por meio de sistemas operacionais e programas padronizados e comumente usados. O conteúdo deve ter tratamento jornalístico, com o uso de mapas, gráficos e infográficos. As informações escritas ou audiovisuais, devem ser direcionadas a pessoas com qualquer tipo de característica social, física ou cognitiva. Lembrando que informações que não são compreensíveis não são transparentes e a omissão de dados intencional deve ser combatida. O município precisa entender a transparência como uma forma de melhor atender a sociedade, mostrando a importância das informações do passado, do presente e das intenções futuras (Marques, Carvalho e Siena, 2022).

A transparência gera responsabilidade pública; no entanto, é necessário que os conselhos de saúde avaliem os resultados das políticas (qualitativamente) e não somente os produtos das políticas (quantitativamente).

A assimetria de informação existente, já que os gestores possuem mais conhecimentos sobre as ações do que os conselheiros, resulta em uma lacuna que pode levar à não responsabilização pública e ao abuso de poder. Uma transparência real pode revelar falhas e ineficiência da gestão. Qual seria o interesse em transparência, quando se pode ser o alvo de investigações? Qual o interesse em transparência por conselheiro que possui alinhamento político partidário com o gestor? Qual a disposição do conselheiro em investir tempo e esforço na avaliação das informações recebidas? Portanto, para que a participação popular dentro do Conselho de Saúde seja legitimada, se faz necessário que os instrumentos de gestão sejam, primeiramente, compreendidos por todos. O que não acontece, por inúmeros fatores.

2.2 Controle social na saúde

As regulamentações acerca da transparência na gestão pública visam alcançar vários efeitos em relação ao controle social, destacando-se: facilitar o acesso às informações, garantindo o direito dos cidadãos de se informar sobre as ações e os recursos utilizados pela administração pública; melhorar a prestação de contas, promovendo a participação popular, por meio da divulgação das informações de gestão; melhorar o relacionamento entre a administração e o público; combater a corrupção por meio da responsabilização pela malversação dos recursos públicos, passíveis de identificação nas prestações de contas; aumentar a eficiência e a eficácia da administração pública, tornando a organização mais racional, aumentar a satisfação dos cidadãos e, de forma mais ampla, alcançar uma democracia de maior qualidade. (Salvador e Inclán, 2025).

Nesse sentido, a Lei 8142/90 foi fundamental para garantir a participação popular na gestão do SUS e para assegurar a transparência e o controle social na aplicação dos recursos financeiros destinados à saúde, tendo definido os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como fóruns de discussão, avaliação e aprovação das políticas públicas de saúde a serem implementadas (Brasil, 1990b).

O Conselho Municipal de Saúde, parte integrante da estrutura organizacional da Secretaria de Saúde, é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), com composição paritária que abranja usuários dos serviços (50%), trabalhadores da saúde (25%), prestadores de serviços de saúde e representantes da gestão (25%) (Brasil, 1990b). No entanto, Cavalcante, Magdalena e Moriguchi (2023) afirmam que “sua existência para cumprimento da lei não é garantia de que exerçam seu papel com efetividade – isto é, que influenciem, de fato, o processo decisório” (Cavalcante, Magdalena e Moriguchi, 2023, p. 2).

No que pese a legislação concernente ao papel do Conselho de Saúde, Funcia (2022) aponta a existência de “lacuna das normas quanto à definição de procedimentos para operacionalizar o papel propositivo e fiscalizador dos Conselhos de Saúde” (Funcia, 2022, p. 19) , de tal sorte, que a falta de participação efetiva do controle social pode estar ligada às dificuldades no exercício de suas atribuições, dentre outras causas, devido à falta de conhecimento técnico e à concentração do poder nos representantes da gestão. Ainda, sem generalizar, há que se considerar que, por vezes, existe “predomínio dos interesses individuais dos conselheiros sobre os interesses coletivos nas deliberações [...] o que contraria os princípios do SUS e fragiliza a imagem social dos conselhos” (Farias Filho, Silva e Mathi, 2014, p. 1911).

Muitas vezes, o custo de participação é maior do que o benefício auferido, entendendo-se como custos a dificuldade de locomoção e a falta de ajuda de custo para se fazer a fiscalização, a falta de estrutura física para o Conselho, além da falta de tempo disponível para

os membros se dedicarem à função. Na prática, existe pouca visibilidade social do conselho, por ser uma instância muito mais deliberativa do que fiscalizadora e, segundo Farias Filho, Silva e Mathi (2014) “a participação social como forma de controle da gestão da saúde pública municipal é mais complexa do que um aprendizado político ou forma de democracia participativa”, (Farias Filho, Silva e Mathi, 2014 p. 1918).

A assunção à categoria de conselheiro de saúde independe de formação escolar, classe social, questões afetas ao gênero ou raça e etnia. Todos os membros são voluntários que, teoricamente, comungam de um desejo comum de trabalhar para melhorar a saúde da população. A exceção são os Representantes dos Trabalhadores da Saúde, que necessitam estar inscritos em entidades de classe ou filiados a sindicatos, para terem direito a uma cadeira.

Segundo Funcia (2022), o fato de não haver “pré-requisito de formação técnica específica na área de avaliação de gestão para a escolha dos conselheiros” (Funcia, 2022, p. 142) pode ocasionar, a depender da linguagem e da forma utilizada, nos planejamentos e nas prestações de contas, situações que fogem à compreensão de muitos. O impasse se instala para os conselheiros, aceitam as informações da forma como se apresentam, rejeitam ou se abstêm de opinar?

Cavalcante, Magdalena e Moriguchi (2023) pontuam que a linguagem técnica utilizada pelos gestores pode afastar os usuários das discussões, fato observado em estudos que identificaram a ausência desses representantes, nas reuniões com pautas únicas sobre o RAG, a PAS, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Essas pautas são compostas por “tópicos de maior complexidade que demandam linguagem técnica, análises e discussões [...] reduzidas a gestores, prestadores e profissionais da saúde” (Cavalcante, Magdalena e Moriguchi, 2023, p. 5). Observando o grande volume de abstenções em votações, os autores sinalizam que tal fato pode decorrer da insegurança em votar o que não se consegue entender, enfatizando a necessidade de melhorar a adesão do segmento de usuários para não comprometer a paridade e deslegitimar o controle social. Para tanto, seria necessário adequar a linguagem e encontrar uma forma de apresentação mais acessível à compreensão de todos os conselheiros.

Rocha, Moreira e Bispo Júnior (2020), ao apresentar e analisar os resultados de um modelo de avaliação de desempenho de conselhos de saúde, considerando cinco dimensões (autonomia, organização, representatividade, envolvimento comunitário e influência política), sugerem, dentre as estratégias a serem implementadas, para superar as fragilidades encontradas:

Efetivação da autonomia financeira, por meio da dotação orçamentária própria; incentivo ao fortalecimento das entidades de representação social e a maior interface destas com os representantes; promoção de ações para maior visibilidade dos conselhos de saúde; criação de rotina para homologação e divulgação das deliberações (Rocha, Moreira e Bispo Júnior, 2020, p. 10)

O surgimento da plataforma DigiSUS contribuiu para promover uma participação mais efetiva dos conselhos nas avaliações das ações e serviços e na aplicação dos recursos em saúde. A obrigatoriedade de se proceder a análises e considerações em cada um dos onze itens das prestações de contas quadrimestrais e nos doze itens do Relatório Anual de Gestão, evita que a atuação dos conselhos se restrinja a uma aprovação burocrática das prestações de contas. Existe a possibilidade de se propor medidas corretivas durante o exercício corrente e de se elaborar sugestões a serem implantadas no exercício seguinte, de forma a retroalimentar o ciclo de planejamento em saúde, com a participação popular concretizada.

No próximo tópico apresentaremos os sistemas de informações que possuem interface com o DigiSUS, demonstrando a lógica de sua inclusão, sua abrangência e relevância no contexto das políticas públicas de saúde.

2.3 Sistemas de informação em saúde no DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento

É inegável a importância da informação para o planejamento em saúde. No entanto, é necessário um trabalho contínuo e ininterrupto de coleta de dados fidedignos, para que o uso de informações assertivas possa melhorar as políticas públicas voltadas para as populações mais necessitadas. O acesso a informações confiáveis e de qualidade, contribui tanto para a gestão quanto para a análise dos conselhos de saúde, na tarefa de monitorar e avaliar as ações e serviços implementados, fortalecendo a relação gestão/conselho.

Santos Júnior, Veronez Júnior e Polonini (2023) consideram crucial a precisão e a confiabilidade das fontes de informações, num ambiente em que existe um “contato frequente com desinformação (*fake news*³, *deep fake*⁴, pós-verdade⁵, etc.) em diferentes mídias sociais, como *Facebook*, *Instagram*, *Tik Tok*, *Twitter*⁶, *WhatsApp*, entre outras” (Santos Júnior,

³ *Fake News* são notícias falsas intencionalmente publicadas para atingir um objetivo comercial, político ou individual.

⁴ *Deep fake* é uma técnica de inteligência artificial que cria imagens e sons que se sobrepõem às imagens e sons originais, criando conteúdos falsos como se fossem verdadeiros.

⁵ Pós-verdade é a verdade individual, a minha verdade, mesmo que desminta os fatos comprovados (Marini, 2020).

⁶ A rede social *Twitter*, existente desde 2006, alterou seu nome para “X” em 2023, após a plataforma ser comprada pelo bilionário Elon Musk, em 2022 (Faustino, 2023).

Veronez Júnior e Polonini, 2023, p. 6). Uma das *fakenews* mais propagadas anos atrás, foi a da cura do câncer pelo chá de cogumelo-do-sol. Das deep fakes mais comuns, encontra-se as que se utilizam de imagens e vozes de celebridades como Neymar, Paolla Oliveira, Scarlett Johansson e Taylor Swift, sem consentimento, em conteúdo de natureza pornográfica ou para promover produtos e serviços que nunca usaram.

Carvalho (2022) sinaliza que a assimetria de informações sobre a situação da saúde “pode ocorrer de diversas formas, inclusive de uma gestão municipal para outra” (Carvalho, 2022, p. 115). Tal estudo corrobora a importância do DGMP, quando agrega as informações dentro de uma mesma plataforma, já que de outra forma não haveria garantias do resgate de informações passadas, por possibilidade de extravio de documentos. É importante para os novos gestores, (re)conhecer as dificuldades enfrentadas por seus antecessores, identificar os obstáculos que precisaram ser ultrapassados, de forma a não repetir procedimentos que se mostraram inócuos, perpetuando erros.

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) foi criado em 1991, com a responsabilidade de favorecer os processos de planejamento, operação e controle das ações e serviços, por meio da Tecnologia da Informação. Congrega numerosos sistemas de informação, que se destinam a mensurar o estado de saúde da população brasileira, proporcionando análises objetivas da situação sanitária e favorecendo a tomada de decisões baseadas em evidências e a instituição de políticas públicas efetivas (Brasil, 2024b).

Dentre as competências do DATASUS, estão os procedimentos necessários para a integração operacional das bases de dados e dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito do SUS. A coleta de dados se dá nos municípios e é importante saber a quem serviriam as informações, evitando a coleta de dados sem utilidade (Branco, 1996).

Dentre os sistemas de informação que possuem interface e fornecem dados ao DGMP, destacam-se o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), o Tabulador de Dados para Ambiente Internet (TABNET), e o Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Verificaremos a seguir, a lógica, abrangência e relevância desses sistemas de informações no contexto das políticas públicas de saúde.

2.3.1 Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC

As Declarações de Nascidos Vivos (DN) são digitadas, processadas, criticadas e consolidadas no SINASC local, dentro da Secretaria de Saúde, por um profissional cadastrado e com sua assinatura em termo de responsabilidade, devido à confidencialidade dos dados. As informações contidas nesse sistema se configuram como instrumentos estratégicos de suporte ao planejamento das ações, atividades e programas voltados à gestão em saúde, especialmente a materno-infantil. No Sistema DGMP, o SINASC apresenta o número de nascidos vivos por residência da mãe, nos últimos quatro anos, independentemente do tipo de parto e se o mesmo foi realizado no município ou não (Brasil, [s.d.]).

2.3.2 Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

As Declarações de Óbito (DO) também são digitadas, processadas, criticadas e consolidadas no SIM local, dentro da Secretaria de Saúde, por um profissional cadastrado que as assina e firma um termo de confidencialidade dos dados. As informações contidas nesse sistema se configuram como instrumentos estratégicos de suporte ao planejamento das ações, atividades e programas voltados à gestão em saúde, com o intuito de reduzir a mortalidade por causas evitáveis (Brasil, 2024c).

2.3.3 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

O CNES fornece informações sobre estabelecimentos públicos, conveniados e privados (pessoa física ou jurídica) e profissionais de saúde que realizam qualquer tipo de serviço de atenção à saúde, em todo o território nacional. De fácil operação, propicia aos gestores apoio para a tomada de decisões, planejamento e programação, por meio do conhecimento de sua rede assistencial e capacidade instalada. Aos conselhos de saúde subsidia o controle e a avaliação. À sociedade em geral, favorece o conhecimento. Todos os dados inseridos são de responsabilidade da gestão municipal (Brasil, [s.d.]).

2.3.4 Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIASUS e Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIHSUS

O SIASUS tem a finalidade de garantir o registro dos quantitativos e valores a serem pagos aos prestadores de serviços ambulatoriais, produzindo informações locais, consolidadas

a nível nacional; o SIHSUS, por sua vez, tem a finalidade de registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares financiadas pelo poder público e a partir desse processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Em 2008, ocorreu a integração dessas duas bases de dados.

Mensalmente, o município faz a transcrição da produção da sua rede de estabelecimentos. Além de coletar, processar e validar os dados apresentados pelas unidades prestadoras de serviço, destacam-se as seguintes funcionalidades do sistema: gerar informações gerenciais às secretarias de saúde; calcular o valor da produção aprovada para cada unidade prestadora de serviço; auxiliar o pagamento em função da programação físico-financeira; gerar mensalmente informações para o crédito bancário; atualizar o Banco de Dados Nacional do SUS (BD Nacional); produzir relatórios com informações detalhadas que auxiliam os processos de controle, avaliação e auditoria; gerar arquivos compatíveis com diversos aplicativos de tabulação de dados, como o TabNet e o TabWin (Brasil, [s.d.]).

Dentro do DGMP, o SIHSUS traz as principais causas de internação, ou seja, a Morbidade Hospitalar de Residentes, segundo capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) dos últimos cinco anos, incluindo o atual, sendo que a atualização dos valores relativos ao último período ocorre simultaneamente ao carregamento dos dados no TabNet (Brasil, 2021a). É o único sistema de informações cujos dados são apresentados simultaneamente à geração. O conhecimento desses dados favorece a instituição de medidas de promoção e prevenção à saúde, ao identificar as causas de internação hospitalar.

Por sua vez, o SIASUS fornece informações acerca da produção de urgência e emergência e produção de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, bem como o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas e respectivos valores. Apresenta inclusive dados de transplantes de órgãos, órteses e próteses (Brasil, 2021a). No entanto, quando o município não possui um hospital, tais informações não aparecem no DGMP, o que compromete a transparência da gestão.

2.3.5 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

O SISAB apresenta relatórios de produção de serviços no SUS e relatórios de indicadores de saúde, contribuindo para a verificação do quadro da situação sanitária e de saúde da população do território por estado, município, região de saúde e equipe. Apesar da ampla gama de informações que podem ser coletadas, no DGMP, o SISAB apresenta apenas quatro

delas: quantidade de visita domiciliar, atendimento individual, procedimento e atendimento odontológico (Brasil, 2021a).

Essas informações são insuficientes para uma avaliação substancial da Atenção Primária, necessitando de complementação por parte da secretaria de saúde, nos RDQA. Ademais, existe muita inconsistência nos dados fornecidos, o que leva a informações conflitantes entre o sistema de informação e dados disponibilizados pela secretaria de saúde.

2.3.6 Tabulador de Dados para Ambiente Internet - TabNet

O TabNet é um aplicativo que permite às equipes técnicas de todos os entes federados a realização de tabulações rápidas para a análise objetiva e a compreensão da situação sanitária de uma população, de forma a que as decisões a serem tomadas, sejam baseadas em evidências. Fornece informações sobre indicadores de saúde, assistência à saúde, dados epidemiológicos e de morbidade, informações sobre redes assistenciais (hospitalares e ambulatoriais), estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas, inquéritos e pesquisas, informações financeiras e de saúde suplementar, além de estatísticas de acesso ao programa (Brasil, [s.d]).

O aplicativo oferece aos usuários do Sistema DigiSUS dados demográficos como o de população estimada por sexo e faixa etária; e de morbimortalidade por grupos de causas, em residentes, segundo Capítulo CID-10, em séries de quatro anos, finalizando com o ano anterior ao atual (Brasil, 2021a). Tais dados são imprescindíveis para a gestão de saúde, tanto para o planejamento quanto para a avaliação das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

2.3.7 Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

O SIOPS é um sistema de informações orçamentárias públicas e registra as receitas e as despesas das três esferas de governo. De preenchimento obrigatório e de acesso público, deve ser alimentado bimestralmente. Em caso de descumprimento em relação ao prazo final da homologação do 6º bimestre, o município será penalizado com a suspensão das transferências voluntárias entre os entes federados, inclusive do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), maior recurso financeiro que a União transfere aos municípios (Brasil, 2025d).

Esse sistema de informação propicia monitorar o cumprimento da aplicação mínima de recursos em ASPS, objetivando a melhoria da gestão, através do diagnóstico do setor, influenciando a tomada de decisões em relação às políticas públicas da saúde. Contribui com

os conselhos de saúde e com a sociedade civil, pois a disponibilização dos dados, favorece o exercício de controle social sobre a gestão pública (Brasil, 2025d).

No entanto, devido a atrasos constantes na disponibilização, os dados informados não permitem avaliar a qualidade dos gastos efetivados, quadrimestralmente. O mesmo ocorre em relação ao RAG. Compromete-se, assim, o que seria uma fonte confiável para a análise da utilização dos recursos públicos. A secretaria de saúde, para compensar a ausência dos dados, poder fazer uso do Anexo 12 do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), elaborado pela Secretaria da Fazenda, cujos dados nem sempre coincidem com aqueles importados pelo SIOPS, pois este passa por processo de validação.

2.3.8 Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HÓRUS

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba ações que visam à ampliação do acesso a medicamentos e insumos essenciais para a prevenção, tratamento e reabilitação do indivíduo. Seu financiamento é tripartite (União, Estado e Municípios), cada um com sua competência. São três os componentes de AF, o Básico, o Estratégico e o Especializado.

O **Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)** tem a finalidade de suprir o município com medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária. Ao município compete a aquisição dos medicamentos do elenco do CBAF; recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação aos usuários de todos os medicamentos (adquiridos pelo município ou pelo Ministério da Saúde) (Paraná, 2025).

Cada município cria sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), uma lista que define quais medicamentos serão fornecidos nas unidades de saúde locais, baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), adaptada às necessidades específicas de cada município. Tal fato, auxilia na organização e gestão dos recursos públicos destinados à saúde, promovendo o uso racional de medicamentos (Brasil, 2025b). A REMUME deve ser, obrigatoriamente, publicada no *site* da Prefeitura Municipal.

O **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)** se refere a medicamentos para tratamento de doenças de relevância epidemiológica. O financiamento é Federal e ao município compete o recebimento, armazenamento e dispensação aos usuários (Paraná, 2025).

O **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)** diz respeito aos medicamentos para tratamento de doenças e agravos menos prevalentes e com alto impacto

financeiro. Aos municípios compete a aquisição, recebimento, armazenamento e dispensação aos usuários dos medicamentos do Grupo 3, previstos no CBAF (Paraná, 2025).

Em 2009, foi desenvolvido o HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2025e), o qual não possui interface com o DGMP e nem com o e-SUS (estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde). Em dezembro de 2024, a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR) foi reestruturada e lançou-se o *software* e-SUS Assistência Farmacêutica (e-SUSAF). Essa nova plataforma deve, gradativamente, substituir o Hórus e promover transparência no setor, por meio do registro de informações do processo logístico e das dispensações de medicamentos e outros insumos de saúde ao cidadão (Brasil, 2024a).

2.3.9 Vigilância em Saúde (SIA/SUS)

A produção da Vigilância em Saúde por grupo de procedimentos refere-se ao registro e acompanhamento das ações e serviços realizados na área da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, utilizando o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS). A análise da produção é fundamental para avaliar o desempenho das ações de vigilância; identificar áreas com maior necessidade de intervenção; planejar e otimizar recursos; e monitorar a efetividade das ações de prevenção e controle. Para tanto, há que se conhecer as atividades desempenhadas por cada uma das vigilâncias, bem como as informações que possam contribuir para as análises necessárias.

A Vigilância Epidemiológica monitora doenças transmissíveis e agravos, como surtos e epidemias, realizando ações de controle e prevenção de doenças de notificação obrigatória, dentre essas, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) como AIDS, Hepatites Virais e Sífilis; as doenças infecciosas como a Hanseníase e a Tuberculose, e as arboviroses e zoonoses. Ainda, operacionaliza o Programa de Imunização, contribuindo para o controle, eliminação e/ou erradicação de doenças imunopreveníveis, além de promover investigações em casos de óbitos fetais, infantis e de mulheres em idade fértil, dentre outros (Brasil, 2025c).

No caso da Vigilância Sanitária, que atua na garantia da segurança de produtos e serviços que impactam a saúde, como alimentos e medicamentos, são realizadas inspeções sanitárias, monitoramento, notificação e investigação em casos de denúncias, instauração de processos administrativo-sanitários, dentre outros (Brasil, 2025c).

A Vigilância Ambiental diz respeito à relação entre o meio ambiente e a saúde humana, incluindo a qualidade do ar, da água e do solo. São realizadas, rotineiramente, atividades de

inspeção e monitoramento da qualidade da água para consumo humano, inspeções relacionadas a vetores de doenças infecciosas como as arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunha e Febre Amarela) e as zoonoses (Raiva, Salmonelose, Doença de Chagas, Leishmaniose e Esquistossomose). Também as doenças relacionadas ao saneamento, doenças respiratórias devido à poluição do ar e ao Tabagismo, além das doenças dermatológicas e as intoxicações alimentares (Brasil, 2025c).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador visa prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, buscando ambientes laborais seguros. Para tanto, realiza vigilância dos ambientes de trabalho e produz relatórios sobre tipos de acidentes, dos leves aos graves, como quedas, cortes, queimaduras, choques elétricos, esmagamentos, amputações, intoxicações, acidentes com máquinas e equipamentos, lesões por esforços repetitivos (LER/DORT), acidentes com materiais perfurocortantes, dentre outros (Brasil, 2025c).

Tais informações são imprescindíveis para uma correta análise da situação de saúde da população e da efetiva ação dos serviços oferecidos, ou seja, são importantes tanto para o planejamento, quanto para o monitoramento e a avaliação realizada pelos conselhos de saúde.

O DGMP apresenta a produção de vigilância em saúde por grupo de procedimentos, com a quantidade e valor aprovados em ações de promoção e prevenção em saúde, e procedimentos com finalidade diagnóstica.

Os sistemas de informação têm, portanto, um papel preponderante para que a finalidade do DigiSUS se cumpra, ou seja, para que se consolide a transparência na gestão e o fortalecimento do controle social. No entanto, a coleta de dados se dá nos municípios, que necessitam de equipamentos e técnicos treinados, não só para coletar e transmitir essas informações, mas, principalmente, para analisar, monitorar, controlar e avaliar as informações geradas.

Quanto ao controle social, os conselheiros de saúde precisam ter conhecimento suficiente para questionar, deliberar, avaliar e propor medidas corretivas. A simples existência de ferramentas disponibilizadas não significa que a transparência exista. Há que se considerar se existem limitações, lacunas informacionais, linguagem de fácil compreensão, estudos comparativos para analisar se as mudanças estão ocorrendo ou se o que existe é somente o cumprimento de obrigações legais, por meio de um trabalho burocrático.

No próximo tópico será apresentado um breve histórico do DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento e a finalidade do sistema, com a análise de sua contribuição para a transparência e o controle social. Também serão apresentados cada um dos instrumentos de gestão, seu papel e sua conexão com o controle social.

3 DIGISUS GESTOR/MÓDULO PLANEJAMENTO E OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO

3.1 Breve histórico e finalidade do sistema

Instituído oficialmente pela Portaria n. 750, de 29 de abril de 2019, o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento (Brasil, 2019) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, visando aprimorar os processos de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão em saúde. Constitui-se de uma plataforma digital que busca promover maior integração entre os instrumentos de gestão e ampliar a transparência das informações públicas (Brasil, 2017).

Os estados, Distrito Federal e municípios devem utilizar obrigatoriamente o DGMP para registrar o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS), as metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores⁷, além dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Todos esses documentos devem ser submetidos ao respectivo Conselho de Saúde (Brasil, 2021a; 2021d). No entanto, não existe previsão de penalidades, caso o ente federado não o faça.

Um levantamento realizado pelo Tribunal de Contas do Piauí, divulgado em junho de 2025, revelou que 66% dos municípios daquele Estado, não elaboraram ou entregaram em tempo hábil os instrumentos de planejamento para 2024; 72% não realizaram ou apresentaram irregularmente os RDQAs em audiência pública; 20% não concluíram o RAG de 2023, prejudicando a prestação de contas à população e o exercício do controle social (Piauí, 2025). Esses índices apontam para uma lacuna entre a obrigatoriedade formal do sistema (*de jure*) e sua efetiva operacionalização pelos entes federados (*de facto*).

O acesso público no DGMP, realizado em novembro de 2025, mostra que, no Paraná 99% dos municípios já tiveram a aprovação dos seus planos de saúde pelos conselhos, no período 2022-2025, que apenas um está em análise. Em relação à Programação Anual de Saúde de 2025, 98% dos municípios já estão com seu instrumento de gestão aprovado, os demais 2% estão em fase de elaboração ou em análise por seus respectivos conselhos. Em relação ao

⁷A Pactuação Interfederativa teve início em 2016 e foi descontinuada em 2021, pois as metas já estavam, obrigatoriamente, incluídas em outros instrumentos de gestão, gerando um trabalho adicional desnecessário, aos entes federados. Entretanto, ela permanece no DGMP nos anos de 2018 a 2021, fato explicitado na Nota Técnica n. 20/2021-DGIP/SE/MS (Brasil, 2021c)

1RDQA e 2RDQA, os municípios que possuem pendências no DGMP, configuram, respectivamente, 22% e 40%.

O DGMP permite acesso público garantido pelo Art. 439, da Portaria n. 750, do Ministério da Saúde: “As informações registradas e os documentos inseridos no DGMP estarão disponíveis para acesso público por meio da plataforma DigiSUS Gestor, após conclusão do procedimento de registro ou de inserção pelos gestores locais e conselhos de saúde” (Brasil, 2019).

Tal permissão engloba o acesso aos painéis nacionais sobre a situação da elaboração dos instrumentos de gestão, a identificação das fases de aprovação/avaliação nas unidades da federação e municípios, o acesso às diretrizes nacionais destinadas à elaboração dos Planos de Saúde, além da possibilidade de exportação de dados de execução orçamentária, exportação dos documentos de planejamento; exportação de instrumentos pendentes; e a extração, por meio do *downloads*, de todos os documentos inseridos na plataforma.

A finalidade principal do DigiSUS é apoiar os gestores na formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão exigidos pela legislação vigente, contribuindo para a melhoria da qualidade da gestão, além de ampliar a transparência das ações e serviços de saúde, facilitando o acompanhamento das políticas públicas pelo controle social, visando à fiscalização e otimização do uso dos recursos públicos em saúde (Brasil, 2017).

No entanto, a implementação efetiva do sistema enfrenta diversos desafios. Dentre os principais obstáculos estão a insuficiente capacitação técnica dos profissionais de saúde e dos conselheiros, que procedem às análises e considerações; a falta de informatização adequada em alguns municípios, tanto das equipes quanto dos conselhos de saúde; a complexidade de preenchimento dos formulários; a inconsistência de dados; e atrasos na disponibilização das informações importadas por outros sistemas de informação em saúde. Esses entraves comprometem o uso pleno da ferramenta, prejudicando a qualidade das informações inseridas e, conseqüentemente, o próprio processo de planejamento, gestão e avaliação.

Outro aspecto relevante é a conformidade, nem sempre existente, entre o planejamento e a execução das ações em saúde. Por vezes, os dados fornecidos pelos sistemas de informações, que possuem interface com a plataforma, são insuficientes para avaliar as ações realizadas, fazendo-se necessárias inserções de informações nas análises e considerações elaboradas pelos técnicos/gestores. A não inserção dessas informações acarreta lacunas informacionais que enfraquecem o planejamento, o monitoramento e avaliação, ou seja, compromete a gestão em saúde como um todo.

No que tange ao controle social, apesar de o DigiSUS representar um importante avanço ao oferecer maior acesso às informações sobre políticas públicas de saúde, exigir que os conselhos emitam pareceres formais dentro do próprio sistema e permitir o acesso público aos instrumentos de gestão, não é tarefa simples. Há dificuldades relacionadas a o acesso dos conselheiros ao sistema, seja o acesso individualizado por conselheiros ou por representante oficial do conselho; à linguagem técnica dos documentos à falta de formação adequada para interpretação e uso das informações disponíveis. Dessa forma, embora o DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento ofereça uma base importante para a transparência e participação social, é necessário promover ações permanentes de educação para o controle social e inclusão digital, a fim de garantir sua efetiva utilização pelos atores sociais.

Assim, o pleno aproveitamento das funcionalidades do sistema depende não apenas da sua estrutura tecnológica, mas da qualidade dos dados coletados, inseridos e importados. Depende, igualmente, da articulação entre gestores, trabalhadores da saúde e conselheiros, para que o planejamento em saúde seja efetivamente participativo, transparente e orientado pelas necessidades da população.

A efetividade depende, portanto, da capacitação contínua de técnicos e de conselheiros, de esforços para tornar os documentos mais compreensíveis e de incentivo à participação popular proativa nas fases de planejamento e fiscalização.

3.2 Apresentação dos instrumentos de gestão

3.2.1 Plano Municipal de Saúde – PMS

O Plano Municipal de Saúde é o principal instrumento de gestão do SUS e deve ser construído no primeiro ano de mandato. Servirá como um guia para a implementação de políticas públicas no município, ao identificar os desafios e as estratégias necessárias para a resolução dos problemas, contando com a participação da população, por meio das Conferências e Conselhos de Saúde, que devem definir as diretrizes a serem seguidas. Uma equipe técnica deverá analisar se as propostas são factíveis e quais as prioridades. (São Paulo, 2021).

Com duração de quatro anos, sua implementação tem início a partir do segundo ano de governo. O PMS é dividido em três partes: análise situacional; definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) e processo de monitoramento e avaliação (Brasil, 2017). Os

instrumentos de planejamento devem ser compatibilizados ao orçamento do governo, por meio do Plano Plurianual (PPA) e das Leis Orçamentárias⁸, de forma transparente.

No entanto, dificuldades de interlocução entre o setor de contabilidade e a saúde podem gerar peças orçamentárias desconectadas das reais necessidades do município. Nessa seara, Espíndola (2022) aponta a necessidade de aproximar a Contabilidade da Gestão da Saúde e do Conselho Municipal, no sentido de trabalharem para que o planejamento seja baseado no diagnóstico real da saúde e deixe de ter um papel somente normativo e burocrático. Para tanto, deve contar com todos os atores envolvidos, principalmente a comunidade, com a utilização de dados os mais fidedignos possíveis. Complementa o autor, que só assim, “o planejamento se torna ferramenta central na condução das políticas públicas de saúde a fim de disponibilizar os serviços à população considerando as especificidades territoriais e suas necessidades” (Espíndola, 2022, p. 26).

A análise situacional deve considerar, para além de dados epidemiológicos, questões históricas relativas à criação do município, abrangendo situações que podem ter gerado bolsões de pobreza e de violência e perpassando por fatores determinantes da saúde, como questões geográficas, que podem impactar na expansão urbana exacerbada e degradação ambiental, quando inexistente um planejamento urbano. Deve levar em conta, ainda, a inexistência de transporte público e de interligações de bairros, que comprometem a mobilidade urbana, e a oferta de trabalho e qualificação dos trabalhadores, que implicam a distribuição da riqueza e os níveis de educação e saúde. Por fim, deve abordar a burocracia, a inércia e a procrastinação da gestão pública, que acarretam perda de recursos e baixa qualidade de infraestrutura dos equipamentos públicos de saúde (Buss e Pellegrini Filho, 2007; Minayo, Hartz e Buss, 2000).

A partir da análise situacional do município, levando-se em conta os determinantes da saúde, as Diretrizes são definidas, em geral, de comum acordo com a Regional de Saúde, considerando-se as opções fornecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na sequência, são estabelecidos os objetivos para cada diretriz, discriminadas as metas que deverão ser alcançadas, assim como os indicadores, que deverão ser usados, para monitorar e avaliar a execução das políticas públicas.

Figueiredo *et al.* (2020) discorrendo sobre a importância do Planejamento Estratégico em Saúde, falam da “insuficiência de apropriação” dos instrumentos de gestão, e de “lacunas entre o discurso e a prática” (Figueiredo *et al.*, 2020, p. 29). Na mesma direção, Fuginami, Colussi e Ortega (2020) enfatizam a ausência de informação da forma como os instrumentos de

⁸ A peça orçamentária correspondente ao Plano de Saúde é o Plano Plurianual – PPA, enquanto a Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual corresponde à Programação Anual de Saúde – PAS.

gestão foram construídos e dos autores de sua formulação, para diferenciar os que foram elaborados de forma democrática e participativa dos que foram encomendados a empresas de consultoria.

A terceira parte do PMS é composta pelas estratégias de monitoramento, por meio do acompanhamento dos compromissos pactuados nas metas e nas ações propostas, de modo a verificar se estão sendo executadas conforme o previsto. Compreende, ainda, a definição das estratégias de avaliação, ou seja, de como proceder à análise dos resultados obtidos, a partir da implementação das ações, com a consequente emissão de parecer sobre as ações realizadas e a identificação das necessidades de ajustes e/ou correções.

O PMS favorece o controle social, ao contar com a participação de membros do conselho de saúde em sua elaboração e ao incorporar as propostas aprovadas nas conferências de saúde, alinhando as ações locais às diretrizes nacionais e estaduais de saúde, dentro da lógica do planejamento ascendente e regionalizado. A obrigatoriedade de aprovação dos PMS pelo CMS é um ganho importante. A informatização por meio do sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento foi mais um avanço, facilitando o acompanhamento da situação de saúde e a proposição de novas políticas públicas, também para a população em geral e para a academia.

No entanto, diagnósticos situacionais frágeis ou desatualizados, podem comprometer a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI), que podem ficar desconectados da realidade local e dos indicadores de saúde. Ademais, tal situação pode gerar leis orçamentárias também desconectadas da real situação, comprometendo a gestão das ASPS. A causa dessa fragilidade e desconexão pode estar na falta de capacidade técnica das secretarias de saúde, especialmente em municípios de pequeno porte. Existe a necessidade de atualização anual do PMS, de forma a corrigi-lo e adequá-lo, visando a equidade e integralidade da atenção em saúde, bem como a otimização de recursos.

Por outro lado, a falta de capacitação dos conselheiros de saúde, pode dificultar uma análise crítica acerca do PMS, promovendo uma aprovação formal e burocrática, sem um real envolvimento da comunidade e dos conselheiros tanto no planejamento, quanto na avaliação dos recursos utilizados nas ASPS.

3.2.2 Programação Anual da Saúde – PAS

A PAS nada mais é do que uma matriz, elaborada com o intuito de operacionalizar as intenções expressas no Plano Municipal de Saúde e atualizada anualmente, conforme a consecução das metas nela estabelecidas, prevendo a alocação de recursos necessários com a

subfunção⁹ correspondente. Deve estar em consonância com as peças orçamentárias, a LDO e a LOA, e ser encaminhada para a aprovação do Conselho antes da data de encaminhamento das Lei de Diretrizes Orçamentárias do exercício correspondente à Câmara Municipal (Brasil, 2012b).

A PAS é essencial para a operacionalização da política de saúde, constituindo-se num elo entre o plano de saúde e a execução orçamentária e financeira, pois permite monitorar e ajustar o planejamento a cada exercício. Esse instrumento torna concretas as diretrizes e objetivos planejados, permitindo a realização das ações por incremento, ano a ano, e favorece a transparência e o controle social, na medida em que facilita o monitoramento e a avaliação das ASPS.

No entanto, muitas vezes a PAS é elaborada de forma superficial, como exigência burocrática para cumprimento legal, sem uso efetivo como ferramenta de gestão. Constituem-se em graves problemas para a execução, o monitoramento e avaliação desse importante instrumento de gestão: a má definição das metas e ações, a previsão de ações sem um orçamento condizente e o pouco uso de dados epidemiológicos que determinem prioridades. Também, a falta de designação da unidade de atenção à saúde em que a ação deverá ser implementada, já que existem situações diferentes conforme o ponto de atenção.

Há que se considerar na elaboração da PAS que, tão importante quanto o *feedback* do segmento dos representantes dos usuários, são as pesquisas referentes à satisfação dos usuários do SUS, que podem dar à gestão uma compreensão maior do que se passa nos pontos de atenção e o que pode ser feito para melhorá-los. Silva *et al.* (2023) afirmam que, “No campo de planejamento e gestão, a avaliação do grau de satisfação é uma ferramenta fundamental para estruturar processos de cogestão para adequar os serviços à realidade local, dada a possibilidade de identificar a vivência enfrentada pelos usuários” (Silva *et al.*, 2023, p. 3). Complementam os autores que, “pesquisas referentes à satisfação dos usuários do SUS se destacam, pois favorecem a participação social e complementam estudos quantitativos que analisam a resolutividade dos serviços de saúde ofertados à população”.

⁹ São seis as subfunções orçamentárias: Atenção Básica, Atenção Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição. As subfunções permitem uma melhor organização e controle dos recursos destinados à saúde, facilitam o planejamento e execução das ASPS, ajudam a garantir a transparência na gestão dos recursos públicos, permitem o monitoramento da execução orçamentária e a avaliação dos resultados alcançados. Manual Técnico de Orçamento. Paraná, 2022. <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sefa@6773a87e-1527-4b28-9676-67236eded449>

Outrossim, problemas como a falta de capacidade técnica nos municípios, falta de apropriação dos instrumentos de gestão por parte da secretaria de saúde e a falta de uma cultura voltada ao planejamento estratégico, baseado em evidências, dificulta o cumprimento das metas e compromete a gestão e o controle social.

A PAS deve, obrigatoriamente, ser aprovada pelo Conselho de Saúde, o que, teoricamente, garantiria o controle social sobre as prioridades da gestão. No entanto, atrasos na elaboração do documento, apresentação sem envio prévio em tempo hábil para conhecimento e discussão dos conselheiros e a linguagem técnica utilizada nas apresentações, transforma o ato em um ritual cansativo, burocrático e formal, que não garante impacto positivo na melhoria da saúde da população.

O uso do DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento constitui um grande avanço para a transparência da PAS, ao padronizar e digitalizar a elaboração do documento, facilitando a vinculação com o Plano de Saúde. Entretanto, de nada adianta quando a qualidade do documento é ruim, quando os dados estão incompletos ou existe inconsistência nas informações importadas.

3.2.3 Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior – RDQA

Os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior são instrumentos de prestação de contas previstos na Lei Complementar nº 141/2012. Nos meses de maio, setembro e fevereiro do ano subsequente, o gestor da saúde realizará a prestação de contas do último quadrimestre ao Conselho de Saúde e, posteriormente, realizará Audiência Pública na Câmara Municipal. Em relatório detalhado, apresentará a execução das metas estabelecidas pela PAS no período e os recursos financeiros utilizados, relatando o montante e a forma de aplicação, se foram realizadas auditorias no período, bem como a produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada (Brasil, 2012a).

As informações sobre as contas públicas trazidas pelos RDQA são vitais para que o Poder Legislativo cumpra seu dever de fiscalizar os gastos públicos e a alocação dos recursos da saúde, permitindo a responsabilização do Executivo, em caso de mau uso do erário. De obrigatoriedade legal, fortalecem o papel fiscalizador do controle social e do legislativo, mas para que possam realizar a avaliação de forma ética, é necessário que os dados fornecidos sejam confiáveis e transparentes.

Um estudo de Ferry e Midgley (2024) apontam evidências de que os documentos contábeis não são usados, para fiscalizar o governo, tanto quanto deveriam. Os motivos vão

desde a falta de interesse em documentos que olham para o passado em detrimento do orçamento que olha para o futuro, até a falta de confiança de que os documentos de *accountability* sejam deveras transparentes.

A vulnerabilidade tanto de parlamentares quanto dos conselheiros de saúde, em se tratando de dados financeiros é grande, pois muitos não têm conhecimento suficiente para analisar a contabilidade pública, não entendendo o que os dados transmitem ou ocultam. Existe a necessidade de apoio de especialistas e treinamentos, que amenizem o medo de cometer enganos devido à falta de experiência (Ferry e Midgley, 2024).

Funcia (2022, p. 66) aponta que “a avaliação da execução orçamentária e financeira permite identificar o grau de utilização dos recursos alocados para a implementação das políticas públicas por meio das ações governamentais” (Funcia, 2022, p.66). Por sua vez, Possolli e Vieira (2020) comentam que, por vezes, os dados que são disponibilizados ao Conselho e nas audiências públicas, “não evidenciam, de forma clara e com linguagem acessível, quanto e em que foram investidos os recursos, limitando-se a descrever a estrutura técnica das receitas e despesas enviadas ao Tribunal de Contas do Estado e ao SIOPS” (Possolli e Vieira, 2020, p. 1).

Vieira, Almeida, Servo e Benevides (2022), salientam que o conhecimento dos gastos públicos é necessário, para entender, dentre outras, as escolhas políticas dos governos. Acrescentam que não basta verificar o cumprimento das aplicações mínimas dos recursos em saúde, é imprescindível a avaliação das subfunções orçamentárias, já que elas informam se a finalidade da despesa foi cumprida. No entanto, podem existir barreiras relacionadas à comunicação e entendimentos entre as áreas contábeis, a gestão da saúde e o conselho de saúde, o que dificulta sobremaneira o planejamento orçamentário e a avaliação da execução orçamentária e financeira.

Uma situação de pouca transparência e de difícil averiguação nos relatórios é a questão dos contratos de prestação de serviços, especialmente em relação aos credenciamentos. A prestação de contas feita genericamente, pode estar escondendo um grande gargalo de desperdício de recursos públicos e mascarando os gastos de pessoal (Mota e Araújo Júnior, 2021).

A baixa divulgação das audiências públicas, horários e locais que dificultem a participação popular, uso de linguagem técnica na apresentação dos dados, relatórios excessivamente descritivos, sem análise crítica e a falta de indicadores comparáveis nos quadrimestres, dificultam a compreensão dos RDQA, limitam a transparência das informações e desmotivam a participação da comunidade. Muitas vezes, as audiências se resumem a um ato

formal, incapaz de transformar a gestão e/ou redirecionar as políticas públicas da saúde, posto que a análise financeira acontece, mas a análise do resultado não é evidenciada.

Na lógica do DGMP existe uma vinculação entre os instrumentos de gestão e uma hierarquia entre eles, que pode deixar de existir, quando inexistente diálogo entre o RDQA e a PAS.

3.2.4 Relatório Anual de Gestão – RAG

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é um instrumento de gestão do SUS, previsto na Lei Complementar nº 141/2012, responsável pela finalização da prestação de contas do último exercício. Consolida, ao final de cada ano, a execução das metas da Programação Anual de Saúde e do Plano Municipal de Saúde. Seu objetivo é subsidiar o controle social e a avaliação da gestão do SUS no município, estado ou União (Brasil, 2012a).

O RAG é apresentado no mês de março do ano subsequente à PAS e é uma somatória dos três RDQA do ano. É um instrumento de avaliação, onde se demonstra o resultado das ações e serviços prestados, relacionando-os à execução orçamentária e financeira. Presta-se a nortear a nova PAS, elencando os desafios enfrentados, o que foi feito e o que deixou de ser realizado e as correções necessárias, visando à efetivação do PMS e eventuais necessidades de alteração do plano. Demonstra, em última análise, a efetividade e a eficiência na execução das ações e serviços de saúde, bem como a utilização dos recursos disponibilizados.

Considera-se como ganho para a transparência em saúde, o fato de ser obrigatória a apresentação do RAG ao conselho de saúde e sua aprovação, assim como a disponibilização do arquivo no DigiSUS Gestor e publicação no *site* oficial do município, o que amplia sua visualização pelo público em geral.

No entanto, muitos relatórios não apresentam conexão real com a PAS e o PMS, tornando-se um relatório descritivo e burocrático, sem uma avaliação crítica. Por vezes, existe ênfase em quantificar ações e gastos, mas sem analisar os resultados e os impactos das políticas implementadas. Falta uma análise qualitativa por meio de reflexão crítica sobre os problemas enfrentados, lições aprendidas e necessidade de redirecionamento das ações. Novamente, apresentam dificuldades para a compreensão para conselheiros e cidadãos, devido à linguagem excessivamente técnica ou pouco clara.

Quando se analisa a quantificação dos gastos, o problema pode estar na discrepância entre valores declarados e comprovados. Atrasos na disponibilização da estrutura do SIOPS tem sido comum, o que acarreta atrasos na transmissão dos dados pelo município. Na prestação

de contas, a secretaria de saúde tem que se utilizar do Anexo 12 do Relatório Resumido de Execução Orçamentária, que pode apresentar dados inconsistentes, por ainda não ter passado pelo crivo do Tribunal de Contas do Estado (TCE). Tal fato só é comprovado, ao se comparar as informações disponibilizadas com o SIOPS, o que acontece fora do tempo hábil para análise, mostrando fragilidade na prestação de contas, pela falta de cruzamento de dados entre os sistemas.

3.3 Conexão entre os instrumentos de gestão e o controle social

A conexão existente entre os instrumentos de gestão e o controle social é efetivada em um ciclo, que se retroalimenta ininterruptamente. A partir de uma nova gestão que se inicia, os conselhos de saúde definem as diretrizes do Plano Municipal de Saúde. Em seguida, junto com a gestão, definem objetivos e metas para os quatro anos seguintes, incluindo as propostas viáveis, oriundas das conferências de saúde. Após discussão, propostas de ajustes e correções, o documento é aprovado, garantindo que as necessidades da população estejam ali refletidas.

Anualmente, a gestão detalha as ações, metas e recursos que deverão ser investidos no ano subsequente. Após avaliar se as ações propostas estão alinhadas ao Plano de Saúde e se atendem demandas prioritárias, o conselho aprova o documento.

O monitoramento das ações e serviços de saúde, assim como a execução orçamentária e financeira, é realizado a cada quatro meses, quando a gestão apresenta os relatórios trimestrais. O conselho analisa o andamento da programação, cobra explicações sobre eventuais desvios e propõe reorientações necessárias.

Ao final do exercício, o conselho avalia os resultados obtidos pela gestão, comparando com o que foi planejado. Após verificar o cumprimento ou não das metas acordadas, pode aprovar, reprová-lo ou aprovar com ressalvas a prestação anual de contas. No último caso, cabe ao conselho anotar quais seriam as ressalvas. Finalmente, o conselho emite recomendações para o exercício seguinte, retroalimentando o ciclo de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão em saúde, de forma transparente.

A importância dessa conexão reside na garantia de que as decisões sobre saúde sejam públicas (transparência); que haja responsabilização (*accountability*) da gestão, que deve explicar e responder pelo que fez ou deixou de fazer; que os conselheiros usem dados concretos para decidir, evitando análises superficiais (participação qualificada); e que haja a correção de falhas no planejamento e na execução (melhoria contínua).

O fato de esses instrumentos estarem disponíveis por meio da plataforma DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento é uma garantia a mais de que essa conexão extrapola os limites gestão/conselho de saúde chegando até a sociedade civil e academia, que podem colaborar com a definição de novas estratégias, de forma a garantir o direito à saúde a todos, como preconiza a CF88. Na teoria, essa conexão se dá plenamente, porém, na prática podem existir empecilhos que prejudiquem o funcionamento pleno dessa engrenagem. A seguir, são apresentadas algumas dessas barreiras.

3.3.1 Tempestividade dos instrumentos de gestão

Os instrumentos de gestão são imprescindíveis para a gestão compartilhada do SUS, o que repercute no planejamento nacional. Entretanto, em que pese a obrigatoriedade de o município elaborar, apresentar e inserir os dados no DGMP, “não há legislação específica que discorra sobre como proceder em relação à apresentação de instrumentos de planejamento fora do prazo” (Brasil, 2021c).

A depender do caso concreto e de possível denúncia, a falta do planejamento em saúde pode levar a processos por improbidade administrativa nas esferas administrativas cíveis e criminais, locais ou federais. Ao gestor sucessor compete a regularização das irregularidades. A responsabilidade recai no prefeito, se houver participação ativa na irregularidade, já que a direção do SUS é competência da secretaria de saúde. As consequências da falta de prestação de contas, vão desde a restrição cadastral do município, o que implica na perda de recursos por meio de transferências legais, à devolução de recursos já destinados ao município (Brasil, 2021c).

Cavalcante, Magdalena e Moriguchi (2023), ao analisarem os instrumentos orçamentários e de planejamento da saúde de um município de médio porte, do interior de São Paulo, apontam que, apesar do caráter democrático das avaliações, o atraso na apresentação dos instrumentos pela gestão, prejudica o exercício do controle social. Assinalam que o único instrumento que não atrasa é o RDQA, provavelmente por ser utilizado para a audiência pública em saúde. Acrescentam que “o não cumprimento dos prazos do ciclo de planejamento impede que o controle social desempenhe suas funções, uma vez que impossibilita sua participação na tomada de decisões pelos gestores” (Cavalcante, Magdalena e Moriguchi, 2023, p. 10).

Ainda em relação à obediência aos prazos de apresentação de documentos, o art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), estabelece que o Relatório Resumido de Execução Orçamentária que contém os demonstrativos com

informações das receitas e despesas da saúde, deve ser publicado até 30 dias após o encerramento de cada bimestre (Brasil, 2000). Portanto, os dados do 6º e último bimestre deve ser enviado ao SIOPS, até 30 de janeiro do ano subsequente. No entanto, tem sido comum a prorrogação desse prazo até o mês de março e, só após essa data, o município pode enfrentar sanções, como o bloqueio do FPM, valor mais significativo que o município recebe em transferência da União. Após a regularização das informações, as transferências são retomadas.

A Nota informativa n.7/2021 - CGFIP/DGIP/SE/MS, de 19 de setembro de 2021, que fala sobre os procedimentos aplicáveis diante da ausência de instrumentos de planejamento em saúde, mostra os caminhos a serem seguidos, quando da falta de prestação de contas, e as medidas para resguardar o patrimônio público na ocorrência de malversação dos recursos (Brasil, 2021b).

3.3.2 Rotatividade gerencial

A frequente troca de gestores da saúde, entre ou mesmo durante mandatos eletivos, constitui-se em um duro golpe no ciclo de planejamento, monitoramento e avaliação dos instrumentos e na continuidade da gestão, e pode ser ocasionada por vários fatores. Santos *et al.* (2023) ao analisarem a elaboração do PMS 2022-2025, de 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, em 2021, portanto, no período pós Pandemia, destacaram que “as secretarias de saúde ainda constituem espaços fortemente marcados pelo amadorismo gerencial e o patrimonialismo” (Santos *et al.*, 2023, p. 3610). Acrescentam, ao discorrerem sobre o desafio de conciliar a participação dos diversos atores e coletivos no processo de planejamento local, que esse processo está “atravessado por conflitos cognitivos e de interesses e por relações de poder” (Santos *et al.*, 2023, p. 3610).

3.3.3 Composição do Conselho Municipal de Saúde

A adesão do segmento dos usuários às conferência e conselhos de saúde, especialmente em pequenos municípios, tem se tornado um desafio para a gestão e para a mesa diretora do conselho. A quantidade de conselhos municipais tem crescido e a busca por representantes tem gerado situações em que um mesmo membro faz parte de vários conselhos ao mesmo tempo.

A disponibilidade de representantes nas entidades tem sido restrita a poucos atores, sobrecarregando alguns, que ora se apresentam como titulares, ora como suplentes dos Conselhos da Saúde, da Assistência Social, da Criança e Adolescente, do Idoso, da Pessoa com

Deficiência, do Meio Ambiente, da Educação, da Cultura e da Segurança Pública. Interessante notar que em tempos de grande engajamento às redes sociais, o usuário dos serviços públicos prefere fazer críticas naquelas plataformas, do que se informar, compreender, deliberar e fiscalizar a situação *in loco*.

Dificuldade semelhante à dos usuários é notada também, com representantes da gestão da saúde, que tem cadeira em vários conselhos; tendo ainda que manter uma agenda diária de compromissos, além de participação em diversas comissões, como na Comissão Intergestora Regional (CIR), Comissão Intergestora Bipartite (CIB), Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Rede de Urgência e Emergência (RUE), dentre outras.

Mesmo entre representantes dos trabalhadores da saúde, existe a dificuldade de representatividade, seja pela falta de tempo devido a duplas jornadas de trabalho, seja pela falta de interesse ou medo de se comprometer.

Sobre a formação de comissões para discussão dos instrumentos de gestão, Rocha Moreira e Bispo Júnior (2020, p. 9) afirmam que “a existência das comissões constitui avanço ao desenvolvimento do conselho, pois possibilita que assuntos específicos sejam avaliados de maneira aprofundada” (Rocha, Moreira e Bispo Júnior, 2020, p. 9). Cavalcante, Magdalena e Moriguchi (2023) por seu turno, salientam que “a formação das comissões para apoio às decisões no conselho mostrou-se como estratégia encontrada para superar barreiras históricas de exclusão da participação social na definição de políticas públicas” (Cavalcante, Magdalena e Moriguchi, 2023, p. 12)

3.3.4 Linguagem técnica

Observando o grande volume de abstenções em votações, Cavalcante, Magdalena e Moriguchi (2023) criticam a linguagem técnica utilizada pelos gestores, afirmando que isso afasta os usuários das discussões, fato confirmado pelos autores, pela ausência desses representantes nas reuniões com pautas únicas sobre o RAG, a PAS, a LDO e a LOA. Sinalizam os autores que tal fato pode representar insegurança em votar o que não se consegue entender.

Complementando, os autores falam da necessidade de melhorar a adesão do segmento de usuários para não comprometer a paridade e deslegitimar o controle social. Acrescentam sobre a participação popular dentro do CMS: “Sua existência para cumprimento da lei não é garantia de que exerçam seu papel com efetividade – isto é, que influenciem, de fato, o processo decisório” (Cavalcante, Magdalena e Moriguchi, 2023, p. 2).

Muitos conselheiros estão ali para cumprir um papel determinado por uma autoridade superior. Questiona-se o conhecimento técnico sobre a saúde de um representante da gestão ligado à educação ou à assistência social. Os representantes dos trabalhadores podem entender muito da sua área específica de atuação, mas, e das outras? Os prestadores de serviços de saúde privada conseguem entender as dificuldades no trabalho dos servidores da saúde pública? Esses questionamentos são referentes a parte dos conselheiros, que teoricamente seriam os mais capacitados para realizar deliberações. Mas, o que dizer dos conhecimentos dos próprios gestores da saúde em relação ao PPA, LDO e LOA? E sobre a execução orçamentária e financeira? Por outro lado, qual a capacidade dos contadores, de entender a gestão da saúde?

Essa falta de apropriação e troca de conhecimento pode travar as relações, dificultando, por exemplo, a interlocução entre secretaria de saúde e secretaria da fazenda, prejudicando a elaboração dos instrumentos de gestão e das peças orçamentárias, que ficam desconectadas da realidade.

Sobre as dificuldades de interlocução intersetorial, o Contador Geral da Prefeitura de Balneário de Camboriú - SC, viu a necessidade de aproximar a Contabilidade da Gestão da Saúde e do Conselho Municipal, no sentido de trabalharem para que o planejamento fosse realizado baseado no diagnóstico real da saúde. Isso faria com que se deixasse de lado o papel normativo e burocrático, e se contasse com todos os atores envolvidos, principalmente a comunidade, com a utilização de dados os mais fidedignos possíveis. O Contador afirma que “o planejamento se torna ferramenta central na condução das políticas públicas de saúde a fim de disponibilizar os serviços à população considerando as especificidades territoriais e suas necessidades” (Espíndola, 2022, p. 26). Isso, porque as demandas variam conforme o ponto de atenção, o que nem sempre tem sido levado em consideração, no planejamento em saúde.

3.3.5 Trabalhadores da saúde

Analisando a percepção dos profissionais da saúde em relação ao cumprimento de normas gerenciais e se tem influência sobre a organização da gestão, Silva e Aguiar (2023) ponderam que a administração pública tem normas, metas e contratualizações a serem seguidas, as quais dependem de recursos financeiros para serem viabilizadas, de forma a se chegar a um resultado satisfatório para a sociedade para a qual se destina. Falam da importância de se entender como esse planejamento reverbera nos trabalhadores e, também, na gestão intermediária, para que haja participação na formulação das ações, na execução orçamentária e na realização da assistência em saúde. Consideram que os aspectos subjetivos têm grande

importância no entendimento das resistências individuais ou em grupo, quanto ao recebimento das normas gerenciais.

Acrescentam os autores que a comunicação e o compartilhamento de objetivos parecem ser a chave para reduzir as dificuldades entre o planejar e o agir, já que a participação dos servidores no abastecimento de dados essenciais para o monitoramento dos serviços e, portanto, para o financiamento da saúde, pode ser negligenciada. A adesão do funcionalismo às normas da gestão perpassaria a execução orçamentária, já que são os servidores da ponta que sabem das necessidades dos serviços e são responsáveis pela produtividade. Entretanto, muitas vezes esses profissionais são os últimos a serem informados das ações a serem desenvolvidas. Consideram ainda, que “comportamentos ajustados e passivos, que aparentemente favorecem o controle gerencial, podem revelar profissionais desestimulados ou refratários à gestão” (Silva e Aguiar, 2023, p. 10).

O estudo de Schönholzer *et al.* (2023), ao avaliar o financiamento da saúde através do alcance das metas de desempenho, por regiões brasileiras, identificou que o indicador que obteve maior cobertura, no Brasil, foi a proporção de gestantes que realizaram os exames de sífilis e HIV, enquanto a menor cobertura foi o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida. Há que se refletir, sobre como um dos procedimentos mais realizados nas Unidades Básicas de Saúde, tem a menor cobertura dentre os indicadores avaliados, sabendo-se que “a mensuração da pressão arterial e o manejo adequado de usuários hipertensos são de suma importância para prevenção, diagnóstico e monitoramento dos valores pressóricos, bem como agravamento e acometimento de órgãos-alvo” (Schönholzer *et al.*, 2023, p. 9).

Os instrumentos de gestão, fundamentais para a gestão eficiente do SUS em nível local, ainda enfrentam sérias fragilidades em termos de elaboração técnica, participação social, viabilidade financeira e capacidade de monitoramento e avaliação. O aprimoramento desses instrumentos e sua conexão com o controle social, exige investimento em qualificação de gestores e conselheiros, fortalecimento do planejamento e uso efetivo dos instrumentos de transparência e controle social. Para tanto, é necessário instituir capacitação contínua das equipes técnicas municipais, conquistar a interação efetiva do DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento e dos Sistemas de Informação em Saúde, estimular a comunicação entre gestão e trabalhadores, e desestimular a cultura do imediatismo político-eleitoreiro e os interesses individuais, que prejudicam a gestão da saúde e o controle social.

Na sequência, serão apresentados os caminhos metodológicos traçados para a análise da contribuição do DigiSUS Gestor/ Módulo Planejamento na transparência da gestão da saúde e

no controle social, tendo como base o Município de Mandaguaçu – Paraná, no período de 2018 a 2023.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa se desenvolve em quatro fases. A primeira é composta por embasamento teórico no material já existente, constituído principalmente de teses e dissertações provenientes do Banco de Teses e Dissertações da Capes, artigos de periódicos científicos da Base Scielo, artigos internacionais sobre transparência na gestão pública e prestação de contas com utilização do Google Scholar, além de livros, manuais e outros materiais e fontes capazes de ampliar os conhecimentos acerca da temática envolvida, necessários e identificados no transcorrer do processo de aquisição de conhecimento.

A segunda fase constitui-se na definição do procedimento técnico a ser utilizado, mostrando-se como ideal a pesquisa documental descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa e de natureza aplicada.

A terceira fase compreende a definição da fonte de dados a ser utilizada, bem como os recortes geográfico e temporal. A fonte de dados definida é a plataforma digital DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento e os instrumentos de gestão nela inseridos. O recorte temporal parte dos primeiros dados inseridos no sistema até o ano em que não existem pendências, em relação a algum instrumento de gestão, no momento da coleta de dados, portanto, vai de 2018 a 2023. O recorte geográfico é intencional, pois a pesquisadora foi usuária do Sistema DigiSUS Gestor no Município de Mandaguaçu, Paraná, tendo atuado por meio dos três perfis de acesso.

Salienta-se a importância dessa experiência, já que a autora adentrou ao serviço público municipal, como Odontóloga, no ano de 1991, tendo presenciado a implementação de políticas públicas da saúde em seu município, desde a implantação do SUS. Tal fato corrobora a opinião de Januzzi (2011), de que mais importantes se tornam as avaliações quanto mais próximo se está daqueles que implementam as políticas públicas. O conhecimento do contexto em que os dados são coletados, favorece a correção de rumos necessária para maior eficiência das ações e melhor eficácia dos serviços implementados, em menor tempo e com menores custos.

A quarta fase consiste na definição dos critérios de avaliação e análise dos dados coletados. Para a seleção dos dados relativos à plataforma, são utilizados os critérios de acessibilidade, disponibilidade, usabilidade, clareza, completude, funcionalidade, interação, integração e utilidade. A análise de instrumentos de gestão, por sua vez, considera a tempestividade, apropriação, rotatividade gerencial, composição do conselho e prestação de contas. O intuito é avaliar cada instrumento de gestão de forma isolada, verificando em que medida esses documentos, disponibilizados pelo DGMP, favorecem a transparência e o controle

social, identificando limitações ou lacunas e apontando aspectos que demandam aprimoramento. Posteriormente, elaborou-se sugestões para facilitar o monitoramento e a avaliação da execução física e financeira das ASPS, não só para a gestão e os conselheiros, mas também para a sociedade civil e a academia. Complementarmente, adicionaram-se sugestões práticas de implantação imediata, nas prestações de contas.

Na análise dos dados, emprega-se o Método Dedutivo, uma vez que o estudo parte de princípios teóricos e do arcabouço legal que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), em relação à utilização da plataforma DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento, como ferramenta para qualificar e dar transparência à gestão da saúde. Como a pesquisa analisa a aplicação prática do sistema, o método dedutivo é o apropriado para avaliar a correspondência entre normas consolidadas e a realidade observada, permitindo identificar lacunas, aspectos que demandam aprimoramento e elaborar sugestões para melhoria da gestão e do controle social (Gil, 2019; Lakatos e Marconi, 2021).

De caráter interdisciplinar, as áreas de concentração desta pesquisa são a Saúde, a Gestão Pública e a Tecnologia da Informação (TI), com ênfase nos Sistemas de Informações em Saúde (SIS). A autora fez uso da memória-registro, explicitada e validada por Fazenda (2003).

4.1 Avaliação da plataforma DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento

Para proceder à avaliação da Plataforma DigiSUS Gestor, são utilizados os critérios: acessibilidade, disponibilidade, usabilidade, clareza, completude, funcionalidade, interação e utilidade, uma adaptação dos atributos da informação transparente propostos por Rodríguez-Navas, Morales e Lalinde (2021).

Quanto à acessibilidade: avalia-se a possibilidade de qualquer usuário (gestor, conselheiro ou cidadão) acessar e utilizar o sistema, sem barreiras e impedimentos.

Quanto à disponibilidade: avalia-se se o sistema está disponível 24 horas por dia, sete dias por semana, inclusive fora do horário comercial, finais de semana e feriados, sem interrupções ou falhas inesperadas, e se é compatível com diferentes dispositivos eletrônicos, fixos ou móveis.

Quanto à usabilidade: avalia-se a possibilidade de interação dos usuários com o sistema, de forma fácil e natural, sem a necessidade de um longo aprendizado ou instruções detalhadas, assim como a possibilidade de se copiar e compartilhar as informações.

Quanto à clareza: avalia-se se os menus são claros e de fácil compreensão.

Quanto à completude: avalia-se a presença de todos os instrumentos de gestão: PMS, PAS, RAG e RDQA.

Quanto à funcionalidade: avalia-se se as ferramentas cumprem sua função.

Quanto à interação: avalia-se se a interação entre os sistemas de informação e a plataforma produzem dados atualizados e confiáveis, que permitam avaliar a execução física e orçamentária das ASPS.

Quanto à utilidade: avalia-se se as informações geradas favorecem a tomada de decisões pela gestão e pelo controle social.

4.2 Avaliação dos instrumentos de gestão do Município de Mandaguçu

A análise crítica dos documentos leva em conta a tempestividade, apropriação, rotatividade gerencial, composição do conselho e prestação de contas dos itens que mais impactam na transparência da gestão e controle dos recursos utilizados em saúde, no município analisado.

Quanto à tempestividade: avalia-se a obediência aos prazos determinados para a apresentação dos documentos de gestão ao Conselho Municipal de Saúde. No caso do PMS, verificam-se as datas de apresentação dos planos de 2018-2021 e o de 2022-2025; em relação às PAS, os anos de 2018 a 2023. Na sequência, são revistas as datas de apresentações de todos os RDQA, de 2018 a 2023, totalizando 18 documentos; revê-se, igualmente, cada um dos seis RAG do período, para verificar as datas das Audiências Públicas correspondentes e confirmar as datas de apresentação dos Relatórios Anuais de Gestão.

Em seguida, verificam-se os prazos de entrega dos Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária (RREO) do município ao Sistema de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde, em todo o período de estudo. Para essa informação, é indispensável o acesso ao *site* do SIOPS, já que em várias análises e considerações das prestações de contas, existem observações de que a transmissão não havia sido feita, devido a problemas naquele sistema.

Quanto à apropriação dos instrumentos de gestão: Verifica-se a existência de uma equipe técnica responsável pela elaboração dos Planos Municipais de Saúde e, em caso positivo, a possibilidade de identificação dos autores.

Quanto à rotatividade gerencial: verifica-se o tempo de permanência de gestores à frente da pasta da saúde durante o período analisado, com a utilização dos relatórios de prestação de contas e verificação de Decretos e Portarias, presentes na aba Legislação do Portal da Transparência da Prefeitura Municipal, além de atas das reuniões do Conselho de Saúde

acessadas por meio da aba Acesso a Informações – Saúde – Conselho de Saúde, no mesmo Portal.

Quanto à composição do conselho: verifica-se a composição do Conselho quando da elaboração do PMS, por meio dos dados fornecidos nos anexos dos próprios planos. Serão analisados, detalhadamente, os representantes dos trabalhadores, identificando a ocupação/função desempenhadas pelos mesmos, dentro do quadro de servidores no *site* da Prefeitura.

Quanto à linguagem técnica: analisam-se o número de conselheiros presentes nas reuniões ordinárias do Conselho cuja pauta seja os instrumentos de gestão.

Os itens comuns nas prestações de contas dos RDQA e RAG são:

1. Identificação
2. Introdução
3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade
4. Dados de Produção de Serviços no SUS
5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS
6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS
7. Programação Anual de Saúde – PAS
8. Indicadores de Pactuação Interfederativa (até 2021)
9. Execução Orçamentária e Financeira
10. Auditorias
11. Análises e Considerações Gerais

As prestações de contas realizadas nos RAG, possuem um item a mais que os RDQA, as Recomendações para o Próximo Exercício – item 12.

Para esta pesquisa, devido à quantidade de itens passíveis de análises, optou-se por tratar dos itens que mais impactam na gestão e no controle dos recursos em saúde, os itens 4, 6, 7 e 9; os demais contém dados que pouco variaram no período analisado.

Em relação ao item 4 - Dados de Produção de Serviços do SUS, analisam-se os dados da Produção da Atenção Básica; Produção de Urgência e Emergência por Grupo de Procedimentos; Produção de Atenção Psicossocial por Forma de Organização; Produção de Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar por Grupo de Procedimentos; Produção de Assistência Farmacêutica; e Produção de Vigilância em Saúde por Grupo de Procedimentos, por meio da elaboração de tabelas e/ou quadros comparativos dos quantitativos.

No Item 6 - Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS, analisa-se os quantitativos de postos de trabalho ocupados por forma de contratação: autônomos, estatutários e empregados públicos, e residentes e estagiários.

No Item 7 - Programação Anual de Saúde analisam-se o quantitativo de diretrizes, objetivos e metas, e o número e porcentagem de atingimentos das metas.

No Item 9 - Execução Orçamentária e Financeira analisa-se a existência de informações suficientes para que seja procedida a análise dos recursos dispendidos no setor saúde.

Para a identificação de limitações ou lacunas nas ferramentas do sistema e aspectos que demandariam aprimoramento, coletam-se evidências, por meio da navegação no sistema, registrando dificuldades e limitações. Aqui, a autora também faz uso de sua memória-registro, de quando fez uso do sistema por meio dos três perfis de acesso: gestora, técnica e conselheira de saúde. Além disso, utilizam-se de manuais, resoluções, atas, *site* da prefeitura municipal, apresentações em *PowerPoint* anexadas aos documentos e disponíveis para *download* na plataforma, confrontam-se esses dados com as informações disponibilizadas pelo sistema, de forma a relacionar os pontos fortes e fracos de cada ferramenta. Verificam-se a existência de problemas recorrentes entre diferentes ferramentas e se as lacunas estão ligadas a fatores técnicos ou organizacionais, como falta de capacitação, ausência de atualização de dados e outros.

A elaboração de sugestões fundamentadas à gestão, ao conselho de saúde, sociedade civil e à academia, parte dos dados concretos de problemas identificados no DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento que afetam a transparência e o controle social. Elaboram-se propostas direcionadas a cada tipo de público em separado e sugestões práticas, de procedimentos que podem ser implantados de imediato, para melhorar a apresentação e a compreensão das prestações de contas nos RDQA e RAG.

Na próxima seção, serão apresentados os resultados obtidos junto com suas respectivas análises e discussões, acompanhadas de recomendações e sugestões para melhoria da gestão e fortalecimento do controle social.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Avaliação da plataforma DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento

Esta seção procede à avaliação da Plataforma DigiSUS Gestor, com base nos critérios de acessibilidade, disponibilidade, usabilidade, clareza, completude, funcionalidade, interação e utilidade, adaptados dos atributos da informação transparente de Rodríguez-Navas, Morales e Lalinde (2021).

Quanto à acessibilidade entende-se que a conectividade à internet pode ser um obstáculo para grandes camadas da população acessarem ao DigiSUS. Fornazin, Rachid e Coelho Neto (2022) apontam notórias desigualdades na utilização de tecnologias digitais, observando que o celular é o dispositivo mais utilizado e que a cobrança pelo uso de redes móveis e *wi-fi* limita o acesso, especialmente de usuários de baixa renda.

Ademais, a plataforma DigiSUS Gestor não possui linguagem acessível para pessoas cegas ou portadores de dislexia visual¹⁰, já que não inclui o sistema Braille para leitura e escrita, tampouco leitores de tela com autodescrição de quadros, tabelas ou gráficos.

Apesar de possuir tradução em libras, são poucos os itens realmente acessíveis à pessoa surda, não sendo possível realizar a tradução dos títulos de tabelas ou gráficos. A pessoa surda que só se utiliza da Libras, provavelmente, não conseguirá compreender nenhum relatório de prestação de contas. Faz-se necessário, inclusive, estudos que comprovem a efetividade da tradução em libras ou se a presença do Vlibras¹¹ apenas atende a legislação vigente (*de jure*).

Quanto à disponibilidade, o sistema possibilita acesso 24 horas por dia, 7 dias por semana, inclusive fora do horário comercial, finais de semana e feriados, sem interrupções ou falhas inesperadas, e é compatível com diferentes dispositivos, fixos ou móveis. No entanto, em locais em que não haja conexão com a internet, tal fato perde completamente a relevância.

Quanto à usabilidade, a plataforma permite, a depender do usuário, interagir com o sistema de forma fácil e natural, sem a necessidade de um longo aprendizado ou instruções detalhadas. Porém, idosos, pessoas que tenham pouca familiaridade com plataformas digitais

¹⁰ A dislexia visual é um tipo de dislexia caracterizada por dificuldades no processamento visual que afetam a leitura e a escrita, resultando na inversão de letras e palavras (como /b/ por /d/ ou leitura de palavras espelhadas) e em problemas para diferenciar esquerda e direita. A pessoa pode enxergar as letras e o texto sem problemas, mas o cérebro não interpreta corretamente as informações visuais, necessitando de ferramentas de leitura assistivas.

¹¹ Vlibras é um conjunto de ferramentas gratuitas e de código aberto que traduz conteúdos digitais (texto, áudio e vídeo) em Português para Libras, tornando computadores, celulares e plataformas Web mais acessíveis para as pessoas surdas.

ou pessoas com deficiência provavelmente terão dificuldades. Apesar dos documentos poderem ser impressos, o tamanho da fonte é muito pequeno, o que inviabiliza a leitura sem lentes de aumento.

Quanto à clareza, os menus são de fácil compreensão.

Quanto à completude, todos os instrumentos de gestão (PMS, PAS, RDQA e RAG) estão contidos na plataforma.

Quanto à funcionalidade, os relatórios de prestação de contas deixam a desejar e não entregam o que prometem. Dados fornecidos pelos sistemas de informação são diferentes dos dados fornecidos pela Secretaria de Saúde. É difícil identificar os profissionais que geraram a produção e o tipo de trabalho executado. A inconsistência dos dados, identificada anos depois, compromete a análise situacional e gera um planejamento desconectado da realidade.

Quanto à interação entre os sistemas de informação e a plataforma, a apresentação de dados não atualizados e a ausência ou exclusão de informações, gera desconfiança em relação à qualidade dos dados e impedem a avaliação da execução física e orçamentária das ASPS.

Quanto à utilidade a plataforma seria muito útil se as informações geradas fossem fidedignas e transmitidas em tempo oportuno, favoreceriam a tomada de decisões da gestão e a análise do controle social *de facto*.

Dos oito critérios analisados, apenas a completude pode obter uma avaliação totalmente positiva, o que evidencia a necessidade de reestruturação do Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento. No entanto, existem fatores críticos na utilização do DGMP, ligados ao limite cognitivo¹² dos conselheiros de saúde, o que pode gerar paralisia analítica, um bloqueio decisório provocado pelo excesso de dados, pela ausência de sínteses adequadas, pela incerteza ou pelo medo de errar. Daí a necessidade de se estabelecerem prioridades coerentes com as necessidades sanitárias da população adscrita e se promoverem o amadurecimento do conselho de saúde, mediante um processo contínuo de aprendizado, fortalecimento da instituição e qualificação da participação.

A transparência verdadeira se constitui num processo comunicativo contínuo, não se resumindo à disponibilização de dados. É necessário que o essencial seja compreendido e, principalmente, que haja diálogo entre gestão e conselho. O fortalecimento do controle social só será favorecido quando todos os tipos de usuários tiverem acesso a informações confiáveis, em tempo hábil, e tiverem capacitação suficiente para decodificar as informações transmitidas, não só pela plataforma, mas também pela Secretaria de Saúde.

¹² Limite cognitivo: refere-se à capacidade de pessoas com formações, experiências e realidades diversas, processarem grandes volumes de informações, com dados complexos, especialmente sob pressão.

5.2 Análise dos instrumentos de gestão do Município de Mandaguaçu no DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento

5.2.1 Tempestividade dos instrumentos de gestão

A importância dos instrumentos de gestão não se deve apenas à elaboração qualitativa e quantitativa dos documentos, mas também à realização, no momento oportuno, atendendo às demandas dentro do devido prazo legal. A não observância do tempo certo é uma das causas de documentos desconectados com as peças orçamentárias, e o envio para o Conselho, sem tempo hábil para a análise, enfraquece o controle social.

a. Plano Municipal de Saúde

Os Planos Municipais de Saúde 2018-2021 e 2022-2025, de Mandaguaçu, obedeceram ao prazo estipulado, ou seja, foram enviados para a aprovação do Conselho, antes do encaminhamento do PPA para a Câmara Municipal (31 de agosto), como mostra a **Tabela 1**.

Tabela 1: Data de aprovação dos Planos Municipais de Saúde de Mandaguaçu

Período	Data aprovação do PMS pelo CMS
2018-2021	26/07/2017
2022-2025	30/06/2021

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

A observação dos anexos do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, revela que o Plano de Governo da Gestão 2017-2021, foi copiado, ao menos em parte, de outra municipalidade, já que uma das metas é “Construir um Hospital Infantil, com UTI e ambulatórios especializados, na estrutura do Hospital Municipal”, como mostra a **Figura 3** (Mandaguaçu, 2023). Mandaguaçu, à época, não tinha hospital municipal e nem mesmo um pronto atendimento. Podemos inferir que nem a gestão e tampouco o Conselho de Saúde percebeu o erro, já que o mesmo nunca foi corrigido, o que nos leva a concluir que não foi levado em consideração o plano de governo proposto pela chapa eleita, na elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Figura 3: Plano de Trabalho da Gestão 2017-2020

SAÚDE-	
✓	Implantar atendimento preferencial aos idosos e crianças em todas as unidades de saúde da rede pública municipal.
➔ ✓	Construir um Hospital Infantil, com UTI e ambulatórios especializados, na estrutura do Hospital Municipal.

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Mandaguçu 2018-2021

b. Programação Anual da Saúde - PAS

A Programação Anual da Saúde deve estar em consonância com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual e deve ser encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde, para aprovação, antes da data de encaminhamento da LDO à Câmara de Vereadores. Portanto, a PAS deve ser aprovada antes de 31 de agosto. No entanto, a **Tabela 2**, que apresenta as datas de aprovação das PAS pelo Conselho de Saúde de Mandaguçu, nos anos de 2018 a 2023, mostra que esses instrumentos de gestão foram apresentados e aprovados pelo conselho, somente no mês de dezembro, portanto, com atraso de quatro meses, o que prejudica o controle social e compromete a programação como um todo.

Tabela 2: Datas de aprovação das PAS pelo Conselho de Saúde de Mandaguçu.

Período	Data aprovação da PAS pelo CMS
2018	20/12/2017
2019	03/12/2018
2020	18/12/2019
2021	17/12/2020
2022	16/12/2021
2023	09/01/2023*

Fonte Elaborado pela autora (2025)

*A aprovação da PAS se deu em 21/12/2022, no entanto a publicação da Resolução aconteceu em 09/01/2023, conforme a Ata da 11ª Reunião Ordinária de 2022.

As datas de apresentações da PAS ao CMS, permitem concluir que não existe conexão entre as peças orçamentárias, pois a elaboração dos documentos não obedece à lógica do planejamento das ações e serviços, em consonância com o orçamento disponível.

Estudos de Ferry e Midgley (2024) sustentam que o fato do poder se concentrar nas mãos de quem detém o conhecimento e não daqueles a quem as informações se destinam, fazem com que o uso de práticas de ocultação de informações e atrasos na coleta, análise e disseminação, dificultem o entendimento e o uso dos dados. Os autores indicam que críticos

apontam que informações irrelevantes são apresentadas e duvidam que um cidadão possa realmente fazer uso dos dados para responsabilizar o governo.

c. Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior - RDQA

As apresentações dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior aconteceram nos prazos previstos, no entanto, para chegar às datas corretas foi necessário acessar as atas das reuniões do Conselho, no *site* da Prefeitura, pois em muitas resoluções não constavam as datas de realização das prestações de contas. Em pelo menos dois relatórios, os do segundo quadrimestre de 2018 e de 2021, não constam as datas de apresentações ao Conselho de Saúde e não foram localizadas as atas correspondentes, tendo sido necessário utilizar as datas das resoluções, como apresentado na **Tabela 3**. Em relação às Audiências Públicas, a do primeiro quadrimestre de 2020 não foi realizada, devido à Pandemia de Coronavírus. As reuniões nesse período, cujas atas constam no *site* da Prefeitura, foram feitas virtualmente, por meio do Grupo de *WhatsApp* do Conselho.

Tabela 3: Datas de apresentação dos RDQA para o CMS e datas das Audiências Públicas – 2018 - 2023

Período	RDQA	Apresentação dos RDQA ao CMS	Audiência Pública da Saúde
2018	1RDQA	25/05/2018	29/05/2018
	2RDQA	31/10/2018	25/09/2018
	3RDQA	25/02/2019	27/02/2019
2019	1RDQA	27/05/2019	28/05/2019
	2RDQA	25/09/2019	27/09/2019
	3RDQA	27/02/2020	28/02/2020
2020	1RDQA	29/05/2020	Não realizada
	2RDQA	29/09/2020	30/09/2020
	3RDQA	23/02/2021	25/02/2021
2021	1RDQA	26/05/2021	27/05/2021
	2RDQA	01/10/2021	29/09/2021
	3RDQA	23/02/2022	25/02/2022
2022	1RDQA	25/05/2022	31/05/2022
	2RDQA	28/09/2022	30/09/2022
	3RDQA	22/02/2023	28/02/2023
2023	1RDQA	24/05/2023	31/05/2023
	2RDQA	27/09/2023	28/09/2023
	3RDQA	28/02/2024	29/02/2024

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

As datas do 2RDQA de 2018 e 2021 são as das Resoluções, pois não constam as datas de apresentações ao Conselho de Saúde e não foram localizadas as atas correspondentes, no *site* da Prefeitura. Não foi possível identificar com que antecedência os relatórios foram encaminhados para o CMS. Esta é uma limitação deste estudo, pois tal informação é importante na medida em que, sem um estudo prévio do extenso material que compõe os relatórios, as discussões durante a apresentação não têm como fluir, o que prejudica a participação social.

d. Relatório Anual de Gestão - RAG

Todos os Relatórios Anuais de Gestão foram apresentados em tempo hábil, até mesmo o de 2019, cuja apresentação, análise e avaliação foram realizados via Grupo de *WhatsApp* do Conselho Municipal de Saúde, devido à Pandemia, como demonstrado na **Tabela 4**.

Tabela 4: Data de apresentação dos Relatórios Anuais de Gestão - 2018-2023

Período	Apresentação do RAG
2018	25/03/2019
2019	29/03/2020*
2020	30/03/2021
2021	28/03/2022
2022	29/03/2023
2023	27/03/2024

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

*Análise feita virtualmente, por meio do grupo de *WhatsApp* do Conselho Municipal de Saúde

Novamente, pairam dúvidas sobre a antecedência com que esses relatórios foram disponibilizados para os conselheiros e torna-se essencial a ordenação do fluxo de informação, cuja obrigação é de todos os envolvidos, profissionais, áreas de trabalho, responsáveis pela governança e gestão, evitando-se que a transparência seja percebida apenas como um recurso retórico político (Rodríguez-Navas, Morales e Lalinde, 2021).

e. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos de Saúde - SIOPS

Conforme revela a **Tabela 5**, referente à entrega das informações do Município de Mandaguçu ao Sistema de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde - SIOPS, dos seis anos avaliados, em três deles, ou seja, em metade do período analisado, informações deixaram de ser entregues. Já a **Tabela 6** se refere às datas de transmissão do 6º Bimestre do período

analisado, mostrando que a transmissão tem se dado, frequentemente, no prazo limite que é o mês de março. No entanto, no ano de 2018, os dados foram transmitidos apenas em 9 de maio de 2019, o que, muito provavelmente, acarretou bloqueio de recursos, já que o atraso do último bimestre não é tolerado e ocasiona punição.

Tabela 5: Situação de entrega das informações ao SIOPS 2018-2023

Ano	1º Bimestre	2º Bimestre	3º Bimestre	4º Bimestre	5º Bimestre	6º Bimestre
2018	X	X	X	X	X	X
2019	X	NI	NI	NI	NI	X
2020	X	NI	NI	NI	NI	X
2021	X	X	X	X	X	X
2022	X	X	X	NI	NI	X
2023	X	X	X	X	X	X

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Brasil, 2025d)

X - Município informou ao SIOPS.

NI - Município não informou ao SIOPS.

Tabela 6: Data do envio de informações ao SIOPS do 6º bimestre

Ano	Data de entrega do 6º Bimestre
2018	09/05/2019
2019	18/03/2020
2020	08/03/2021 e 22/12/2021*
2021	28/03/2022
2022	17/03/2023
2023	07/03/2024

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Brasil, 2025d)

*Em 2020 foram realizadas duas transmissões em datas diferentes, infere-se que houve necessidade de correção de informações.

5.2.2 Quanto à apropriação dos instrumentos de gestão

A análise dos PMS de interesse para esta pesquisa, revela que, no período 2018-2021, não aparecem os nomes dos membros da equipe que elaborou o instrumento. Já no período de 2022-2025, não só aparecem os nomes da equipe da Secretaria de Saúde, como os dos membros externos que contribuíram, além de estar assinalada a participação de um membro do Conselho de Saúde. Em ambos os documentos, aparece a relação dos conselheiros de saúde. O confronto dos dois contextos, evidencia uma melhoria importante no planejamento 2022-2025.

5.2.3 Quanto à rotatividade gerencial

De 2018 a 2023, o município de Mandaguaçu teve cinco gestores diferentes, como mostra o **Quadro 2**, sendo que quem mais tempo permaneceu no cargo, o fez por pouco menos de dois anos. Os motivos que podem levar uma administração a uma gama de gestores, em reduzido espaço de tempo, referem-se a aspectos políticos, ausência de perfil para a condução das políticas públicas da saúde, problemas de saúde ou falta de opção.

Quadro 2: Rotatividade dos gestores da saúde de Mandaguaçu - 2018 a 2023

Gestor	Tempo de gestão		Período	Condição
	Anos/Meses/Dias	Dias (total)		
1	1 ano e 7 meses	576 dias	01/2018 a 31/07/2019	Titular
2	1 ano e 2 meses	427 dias	01/08/2019 a 10/2020	Titular (problemas de saúde)
3	3 meses	712 dias	10/2020 a 12/2020	Interina
	1 ano, 8 meses e 13 dias		01/2021 a 09/2023	Titular (gestação)
4	3 meses e 25 dias	117 dias	09/2022 a 01/2023	Interino (licença maternidade)
5	7 meses e 4 dias	936 dias	01/2023 – 08/2023	Interina (licença maternidade)
	1 ano, 11 meses e 20 dias		08/2023 – 12/2024	Titular até o final da gestão

Fonte: Prefeitura Municipal de Mandaguaçu – Legislação (Decretos e Portarias)

Essa frequente troca de gestores da saúde prejudica a continuidade dos trabalhos, especialmente se não houver um cuidado, por parte do sucessor, em se apoderar dos instrumentos de gestão e dar continuidade ao ciclo de planejamento, monitoramento e avaliação. Também pode causar insegurança em trabalhadores e na população, em consequência das mudanças que cada um promove, com o objetivo de imprimir sua marca na gestão. Ademais, existe a necessidade de se estabelecerem novos vínculos com o Poder Executivo, especialmente com os demais secretários, com o poder Legislativo e com outros setores, inclusive com a regional de saúde a que pertence o município, assumindo responsabilidades que podem lhe ser desconhecidas.

Uma dificuldade adicional para o Município de Mandaguaçu, manter um quadro qualificado de gestores se encontra no Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), (Mandaguaçu, 2011), associado ao *boom* de cursos de Educação à Distância (EaD) ocorrido durante e pós-pandemia de 2019. Os fatores de limitação de elevação de nível salarial são o índice de comprometimento da folha de pagamento e o salário do prefeito. A não realização de concurso público fez com que o índice da folha ficasse baixo. Por sua vez, a facilidade de realização de cursos EaD, elevou sobremaneira os salários, especialmente na área da saúde,

onde a quantidade de cursos disponíveis nas plataformas tornou as funções de Coordenação, Direção e de Secretário de Saúde, sem atrativos para os servidores de carreira, já que demandam maiores responsabilidades, sem uma contrapartida financeira compensatória.

5.2.4 Quanto à composição do Conselho Municipal de Saúde

Em Mandaguaçu, o Conselho de Saúde é composto por 40 representantes, sendo 20 titulares e 20 suplentes. As entidades devidamente constituídas e representantes dos usuários no município são as Associações de Moradores, a Pastoral da Criança, a Associação Comercial de Mandaguaçu (ACIMAN), o Rotary Clube, as igrejas católicas e evangélicas, o Sindicato Rural, o Sindicato dos Trabalhadores Rurais, a Casa Lar e a Associação de Coletores de Recicláveis de Mandaguaçu (COREMAN). Os representantes dos prestadores de serviços são a APAE, o Asilo São Vicente de Paulo e o Laboratório Santa Terezinha; a gestão é representada pelas Secretarias de Educação, Assistência Social e Saúde. Os representantes dos trabalhadores são da área da enfermagem, medicina, saúde bucal e assistência social da saúde, todos da rede pública; e um profissional da terapia alternativa da rede privada.

Toda a legislação do Conselho, as portarias relativas à sua composição, data e local das reuniões, cópia das atas, bem como o PMS, a PAS, os três RDQA e o RAG são publicados no *site* da prefeitura.

Ao analisarmos a ocupação/função exercida pelos trabalhadores da saúde com cadeira no Conselho de Saúde de Mandaguaçu, nos anos de 2017 e 2021, quando da elaboração dos Planos Municipais de Saúde, encontramos situações peculiares. Em 2017, dos dez representantes, apenas três titulares e um suplente eram profissionais da saúde, 75% dos representantes de trabalhadores eram dos setores administrativos e operacionais, o que está em desacordo com as disposições legais. Já em 2021, todos os dez, titulares e suplentes, eram profissionais da área da saúde, como mostra o **Quadro 3**.

Quadro 3: Ocupação/função exercida pelos representantes dos trabalhadores da saúde no CMS

2017		2021	
Titulares	Suplentes	Titulares	Suplentes
Serviços operacionais	Auxiliar administrativo	Auxiliar de Consultório Dentário	Farmacêutica
Enfermeira	Serviços operacionais	Odontóloga	Auxiliar de Consultório Dentário
Farmacêutica	Auxiliar de Consultório Dentário	Técnica de Enfermagem	Psicólogo
Auxiliar administrativo	Auxiliar administrativo	Técnica de Enfermagem	Enfermeira
Enfermeiro	Auxiliar administrativo	Técnica de Higiene Dental	Médica Veterinária

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

É inegável a evolução na constituição do Conselho, já que em 2017 o quadro era completamente irregular; no entanto, observam-se que a quase totalidade dos titulares de 2021, é composta de pessoal auxiliar e técnico, evidenciando que o pessoal de nível superior não tem tido interesse em participar do controle social, ocupando o cargo de suplência, na maioria das vezes. Seria importante acessar o livro de assinaturas das reuniões do Conselho, para verificar a frequência dos vários segmentos ali representados. A falta desse acesso se constitui em mais uma limitação identificada nesta pesquisa; como o livro de assinaturas se encontra sob a guarda do Conselho e como a pesquisadora não submeteu a pesquisa a um comitê de ética, o acesso a essa informação ficou inviabilizado.

5.2.5 Quanto à utilização de linguagem técnica

Para confirmar achados de estudos de Cavalcante, Magdalena e Moriguchi (2023) que acusam o uso de linguagem técnica pela falta de conselheiros em pautas de prestação de contas, foi verificado o número de presentes nessas reuniões, por meio da análise das atas no *site* da Prefeitura Municipal, apresentados na **Tabela 7**, na qual foi descartado o mês de janeiro em que, normalmente, não são realizadas sessões ordinárias.

Tabela 7: Número de conselheiros presentes nas reuniões ordinárias do CMS de Mandaguauçu - 2018 a 2023

Mês/ano	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	Média/mês	Instrumento apresentado
Janeiro									
Fevereiro	20	12	20	16	14	12	94	16	3RDQA
Março	11	20	14 (w)	16	20	14	95	16	RAG
Abril		24			13	18	55	18	
Maiο		18		17	14	16	65	16	1RDQA
Junho				17*	13	15	45	15	*PMS
Julho				15	14	16	45	15	
Agosto		17				16	33	17	
Setembro		16	10		15	12	53	13	2RDQA
Outubro				13		17	30	15	
Novembro		11	11				22	11	
Dezembro		22	11	14	11	14	72	14	PAS
Total		154	79	108	114	150		166	
Média/ano		17	13	15	14	15		15	

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Como se vê, o maior quórum, com presença de 24 conselheiros, se deu em abril de 2019, quando da posse do novo Conselho, eleito durante a Conferência de Saúde realizada no mês anterior, e votação para a nova mesa diretora. O ano com maior média de presença foi 2019, com 17 conselheiros e o de menor quórum foi 2020, com uma média de 13 conselheiros. Mesmo o RAG de 2020, tendo sido apresentado pelo *WhatsApp*, somente 14 conselheiros participaram da votação. O mês com menor participação tem sido dezembro, quando a PAS tem sido apresentada, extemporaneamente. A apresentação do PMS, em junho de 2021, contou com a participação de 17 conselheiros. Portanto, os achados demonstram que o argumento de que a linguagem técnica afastaria os conselheiros de reuniões com essas pautas em Mandaguauçu, não se sustenta.

5.2.6 Quanto às prestações de contas nos RDQA e RAG

A. Dados de Produção de serviços no SUS

No ano de 2023, por não ter conhecimento do acesso público ao DigiSUS Gestor, a pesquisadora antes de alterar o perfil de acesso ao sistema, fez o *download* dos instrumentos de gestão e os salvou em um *Pen Drive*¹³, objetivando, inicialmente, realizar um estudo longitudinal, de forma a ter a compreensão do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no município. Ao iniciar a análise dos dados para a presente pesquisa, a autora partiu dos

¹³ Dispositivo de armazenamento de dados portátil, que permite o transporte de informações entre computadores, que se conecta por meio de uma porta USB.

documentos previamente salvos nesse dispositivo eletrônico, entretanto, ao conferir as informações através do acesso público ao DGMP, deparou-se com a ausência de alguns dados e com a seguinte observação:

Considerando a verificação da inconsistência dos dados provenientes do SISAB, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) solicitou a retirada dos dados da Atenção Básica disponibilizados pelos tabuladores do CMD¹⁴ até que os dados sejam corrigidos pela equipe da SAPS. Em decorrência disso, informamos que o quadro 4.1 Produção da Atenção Básica dos Relatórios – RDQA e RAG permanecerá indisponível até a correção pela referida área. Dessa maneira, os gestores devem informar os dados relativos a produção da Atenção Básica, utilizando os dados das bases locais no campo Análise e Considerações.

Os dados de Produção da Atenção Básica que são transmitidos via SISAB, dos anos de 2018, 2019 e 2020 foram excluídos. Não existe anotação da data em que essa exclusão foi feita, presume-se que deva ser recente, já que há dois anos os dados estavam disponíveis. As informações deveriam então, constar na Análises e Considerações, porém, também não se encontrou tais informações nos mesmos anos.

No que pese o fato da pesquisadora ter permanecido como representante dos trabalhadores da saúde no Conselho, até março de 2025, nunca foi informada sobre as exclusões, nem pelo Conselho, Secretaria de Saúde, 15^a Regional de Saúde ou Secretaria de Atenção Primária, do Ministério da Saúde, órgão que excluiu os dados; tampouco tem conhecimento de a quem cabe a correção, o prazo para sua efetivação e eventuais penalidades pelas inconsistências.

Avaliando que os dados hoje ausentes, foram importantes para embasar a PAS dos exercícios seguintes, a pesquisadora acredita que essa inconsistência pode ter ocasionado erros nos instrumentos de gestão subsequentes e que, o mínimo que se poderia esperar do Ministério da Saúde, é que tivesse comunicado, de forma oficial, tanto à Secretaria quando ao Conselho de Saúde, e que tivesse informado o prazo em que as correções seriam efetivadas.

A pesquisadora ficou num dilema, usar o material salvo no *Pen Drive* ou não. No entanto, ao lembrar de Fazenda (2011) ao falar sobre pesquisas interdisciplinares, enfatizando a importância do locus da pesquisa, cuja contextualização exige uma recuperação da memória; que considera fundamental o uso da memória-registro, que permite a releitura crítica de anotações, diários, resumos de cursos e palestras, fotos, imagens e outros, porque o registro das experiências vividas e descritas pode dar abertura a novas análises; a pesquisadora optou pela

¹⁴ CMD – Conjunto Mínimo de Dados

utilização dos dados salvos no dispositivo eletrônico, que serão importantes para a análise da transparência do DigiSUS *de jure, de facto* e a percebida.

I. Produção da atenção básica

Em relação à produção da Atenção Básica, são disponibilizados no DigiSUS Gestor quatro informações extraídas do SISAB: Visita domiciliar, Atendimento individual, Procedimento, Atendimento odontológico.

As visitas domiciliares são realizadas por agentes comunitários de saúde, médicos, dentistas, pessoal técnico de enfermagem e de odontologia, assistente social da saúde, fonoaudiólogo e pessoal do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Da forma como os dados são apresentados, não é possível identificar qual categoria profissional realizou o atendimento. No entanto, como a maioria das visitas são realizadas pelos Agente Comunitários de Saúde, essa será a categoria profissional utilizada para analisar esse item.

Inicialmente, foram identificados os quantitativos de visitas domiciliares realizadas e apresentadas de 2018 a 2023, conforme informação de cada um dos seis RAG. O **Quadro 4** mostra as informações como aparecem atualmente, ou seja, de 2018 a 2020 os dados foram retirados por inconsistência no SISAB.

Quadro 4: Dados de Produção de Atenção Básica – Visita domiciliar

	Visita Domiciliar no ano
2018	Retirada dos dados por inconsistência no SISAB
2019	Retirada dos dados por inconsistência no SISAB
2020	Retirada dos dados por inconsistência no SISAB
2021	9.412
2022	14.445
2023	23.794

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Na sequência, foram resgatadas as informações que constam no *Pen Drive* de 2023, apresentados nas **Figuras 4, 5 e 6** que mostram os dados de 2018, 2019 e 2020, respectivamente. Em 2018, foram 3.875 visitas domiciliares e em 2019, foram 6.881. Um aumento de 77,6%.

Figura 4: Produção de Atenção Básica - 2018

Tipo de Produção	Quantidade
Visita Domiciliar	3.875
Atendimento Individual	8.700
Procedimento	9.445
Atendimento Odontológico	6.789

Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

Fonte: Mandaguaçu, 2023

Figura 5: Produção de Atenção Básica - 2019

Tipo de Produção	Quantidade
Visita Domiciliar	6.881
Atendimento Individual	11.474
Procedimento	14.330
Atendimento Odontológico	3.099

Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

Fonte: Mandaguaçu, 2023

Figura 6: Produção de Atenção Básica - 2020

Tipo de Produção	Quantidade
Visita Domiciliar	2.012
Atendimento Individual	36.849
Procedimento	46.690
Atendimento Odontológico	2.087

Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

Fonte: Mandaguaçu, 2023

Em 2020, a produção cai para 2.012 visitas, quantidade bastante inferior a 2018, porém consideram-se um provável efeito Pandemia. No entanto, a montagem da **Tabela 8** com as produções identificadas em cada um dos seis anos avaliados, possibilita identificar-se dados de produção de visitas domiciliares, no mínimo incoerentes, revelando-se o porquê das exclusões dos dados. Frise-se que as informações oriundas do *Pen Drive*, foram as utilizadas para subsidiar as PAS subsequentes ao ano de exercício, pois só foram removidas anos depois.

Tabela 8: Visitas domiciliares por ano – 2018 a 2023

Ano	Visita Domiciliar no ano
2018	3.875
2019	6.881
2020	2.012
2021	9.412
2022	14.445
2023	23.794

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

No ano de 2021, as inconsistências são mais flagrantes e perceptíveis, nos quatro itens de produção da Atenção Básica. As totalizações no RAG, dos três RDQA anteriores, não coincidem com as somatórias dos dados apresentados, como se pode observar na **Tabela 9**, o que se leva a concluir que tais informações também serão retiradas do DigiSUS, em futuro próximo, novamente por inconsistências.

Há que se recordar, que nesse mesmo ano, a Pandemia se intensificou, ocorrendo mais casos graves da doença e mais mortes. A população foi atendida, quase que exclusivamente, em serviços de urgência/emergência, algumas Unidades Básicas de Saúde foram fechadas e os servidores transferidos para Unidades de Pronto Atendimento. Portanto, não existem argumentos que justifiquem o quantitativo de produção da atenção básica apresentada pelo DigiSUS, em 2021.

Tabela 9: Produção da Atenção Básica nos RDQA e RAG - 2021

Produção de Atenção Básica	2021			
	1RDQA	2RDQA	3RDQA	RAG
Visita Domiciliar	1.764	5.367	6.408	9.412
Atendimento Individual	21.816	49.762	56.854	80.036
Procedimento	30.560	69.753	80.280	117.013
Atendimento Odontológico	1.338	3.071	3.586	5.040

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Ao comparar-se as informações que constam no *Pen Drive* de 2018 a 2020, às atuais dos anos de 2021/2022 e as informações prestadas pela Secretaria de Saúde nos mesmos anos, percebe-se que os dados são divergentes (**Quadro 5**), no entanto, a fonte é a mesma. Repise-se que a importância desse fato é que os dados gerados embasam a elaboração dos instrumentos de gestão, portanto, os relatórios quadrimestrais que são imprescindíveis para elaboração da Programação Anual de Saúde estão comprometidos, assim como a análise situacional do PMS 2022-2025.

Quadro 5: Número de visitas domiciliares realizadas no período de 2018 a 2023

Ano	Informação salva em 2023	Informação de 2025	Informação apresentada pela SMS nas análises e considerações
2018	3.875	Sem informação	Sem informação
2019	6.881	Sem informação	Cobertura de 56,14% da população
2020	2.012	Sem informação	Sem informação
2021	9.412	9.412	8.429
2022	14.445	14.445	10.861
2023	Não salvo em <i>Pen Drive</i>	23.794	15.827

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Ao correlacionarem-se as informações das visitas domiciliares e o quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (item 6 - Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS), cujos dados são fornecidos pelo CNES, no DGMP, e os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde, oriundos das análises e considerações na mesma plataforma, observam-se novas inconsistências. Identificam-se cinco informações diferentes de quantitativos, no período de seis anos, como mostra o **Quadro 6**.

Quadro 6: Número de Agentes Comunitários de Saúde

Ano	Nº ACS (SCNES)	Informação apresentada pela SMS nas análises e considerações
2018	22	Sem informação
2019	23	Sem informação
2020	23	Sem informação
2021	20	24
2022	21	24
2023	20	Dados sendo atualizados

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Caso se associem as informações do SISAB e do CNES no DGMP, considerando como válidas as informações existentes, num exercício de análise de produtividade das ACS, têm-se o que se revela na **Tabela 10**, ou seja, a produtividade das ACS está muito aquém do necessário e esperado.

Tabela 10: Número de visitas domiciliares realizadas por ACS/ano/mês/dia

Ano	Nº Visita Domiciliar no ano (SISAB)	Nº ACS (SCNES)	Visita/ano	Visita/mês	Visita/dia
2018	3.875*	22	176	15	0,67
2019	6.881*	23	299	25	1,13
2020	2.012*	23	87	7	0,33
2021	9.412**	20	471	39	1,78
2022	14.445**	21	688	57	2,61
2023	23.794**	20	1190	99	4,51

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

*Dados salvos em 2023 que foram excluídos em 2025.

**Dados do DigiSUS, divergentes dos dados da Secretaria.

Questiona-se qual a garantia de que os dados de 2021 a 2023, não serão excluídos, novamente por inconsistência? Qual a validade da análise de produção das ACS? Os dados corroboram as queixas recorrentes da população, coordenadores de equipe e vereadores, da baixa produtividade dos ACS? Os dados são confiáveis e suficientes para a responsabilização dos servidores ineficientes?

A categoria profissional dos ACS é bastante organizada e, em 2023, conseguiu sua regulamentação como profissionais da saúde. Conquistaram dois salários mínimos como base salarial e adicional de insalubridade vinculado a esse salário e não ao salário mínimo, como os demais servidores de Mandaguáçu. Considerados como um elo entre a população e os serviços, verifica-se pelos dados apresentados na **Tabela 10**, que muitos deles, não estão cumprindo com as funções que lhes são pertinentes, prejudicando as ações e serviços realizados pelos demais profissionais da saúde (Brasil, 2023). Tal fato só vem à tona, se a equipe técnica que avalia os relatórios e se os controles sociais fizerem esse cálculo.

Ao verificar-se as análises e considerações realizadas pela gestão, no item 4 – Dados de Produção do RAG 2022, revela-se o trecho abaixo, que trata das visitas domiciliares:

A baixa cobertura de visitas domiciliares por parte dos agentes comunitários de saúde é um problema crônico no município. Nem mesmo a implantação do Incentivo Desempenho parece surtir efeito. Tivemos ACS que realizaram 79 visitas no ano, 29 delas para realização de cadastros apenas. Há necessidade de medidas fortes para a correção dos rumos. RAG 2022 – Análise e Considerações – Dados de Produção (Mandaguáçu, 2023)

Nas análises e considerações do CMS, no mesmo item temos:

O número de realizações na Produção da Atenção Básica é bem expressivo. Quanto a dificuldade com a estrutura física que compromete a qualidade dos atendimentos não pode continuar. Igualmente as visitas domiciliares, bem como a baixa adesão das vacinas. RAG 2022 – Análise e Considerações do CMS do item 4 - Dados de Produção (Mandaguáçu, 2023)

Apesar de o CMS recomendar no RAG 2020 o monitoramento das “Agentes Comunitárias de Saúde, devido a reclamações de inoperância”, parece que em outras ocasiões, como na acima apresentada, o Conselho se apresenta bastante condescendente com a situação, não explicitando qualquer “revolta” ou uma cobrança mais incisiva da gestão. Uma ação mais contundente poderia fortalecer a gestão e incentivar uma postura mais firme da administração pública, já que os ACS são celetistas e o contrato poderia ser rompido ao se comprovar ineficiência no serviço.

Em relação aos procedimentos e atendimentos individuais informados na produção da Atenção Básica, além da aparente inconsistência dos dados, o maior problema identificado é a não especificação dos atendimentos. Quem realizou? Onde? São atividades de promoção de saúde, de prevenção, de tratamento ou de recuperação? Foi realizado por pessoal técnico ou de nível superior? O quantitativo, isoladamente, não oferece subsídio para quaisquer análises ou avaliações. Identificam-se apenas números, inclusive divergentes dos apresentados pela Secretaria, apesar da mesma origem. Não fossem as análises e considerações do técnico/gestor, que discrimina os serviços realizados, por classe profissional, seriam dados inúteis.

No caso da Produção de Atendimento Odontológico, a informação apenas da totalização pouco acrescenta para a avaliação da produção das equipes de saúde bucal. Mais interessante seria fornecer o número de Tratamentos Concluídos (TC) e o quantitativo de 1ª Consulta Programática, que mostra o acesso aos serviços; o número de extrações realizadas com o contraponto dos procedimentos preventivos realizados; as atividades coletivas que promovem a saúde em escala. São dados facilmente extraídos pelo SISAB, por meio da plataforma e-SUS, e não faz sentido que não sejam utilizados na avaliação das ações e serviços de saúde.

II. Produção de urgência e emergência

Inexiste dados sobre a Produção de Urgência e Emergência por Grupo de Procedimentos, em quaisquer anos pesquisados, informações que deveriam ser importadas por meio do SIASUS e SIHSUS. Lembrando que o Hospital conveniado ao SUS deixou de prestar serviços em 2019, continuando com atendimento privado até 2021, razão para não haver disponibilização de dados, a partir daquele ano. Mas, e nos anos anteriores?

III. Produção de atenção psicossocial

Mandaguaçu possui um Centro de Atenção Psicossocial Modalidade I – CAPS I, constituído por equipe multiprofissional, que atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias.

As informações sobre produção no DigiSUS são restritas à quantidade e valor (R\$) aprovados, sendo que apenas o ano de 2021 existem dados completos. Em 2018 e 2020, só existe a quantidade aprovada, sendo que esse último ano apresenta dados inconsistentes. Nos anos de 2022 e 2023, não existe informação alguma.

O CAPS possui habilitação no Ministério da Saúde, o que garante o financiamento para custeio e investimento. Porém, não existe transparência em relação aos valores recebidos e sua utilização, nas prestações de contas. A partir de 2018, os recursos destinados foram incorporados ao Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio), juntamente com os demais serviços de saúde da Média e Alta Complexidade (Oliveira e Garcia, 2024). A apresentação dos dados contábeis, de forma genérica, não permite analisar quanto e em que foram utilizados os recursos recebidos pela Atenção Psicossocial no município.

IV. Produção de atenção ambulatorial especializada e hospitalar

No caso da Produção de Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar por Grupo de Procedimentos, só existem informações de 2018 a 2021, ainda assim, as informações de 2020 e 2021 são confusas, com repetição de dados em vários quadrimestres. Essa confusão de dados, provavelmente se deve à Pandemia de 2020 e 2021, lembrando que o hospital privado, deixou de prestar serviços ao SUS, no final de 2019. Adquirido por entidade filantrópica em 2020, fechou suas portas em definitivo, em 2021. Suas instalações foram utilizadas para acomodar o pronto socorro municipal, com central de leitos, para abrigar pacientes sintomáticos respiratórios, a partir de 2022.

V. Produção de assistência farmacêutica

A corrupção no setor farmacêutico é uma preocupação em todo o mundo, devido ao alto valor e complexidade dos produtos, concorrência acirrada, registros deficientes, falta de transparência e supervisão inadequada. Tem-se visto, corriqueiramente, notícias sobre assaltos a farmácias, fabricação clandestina e contrabando de medicamentos. Até mesmo programas de governo como o Farmácia Popular, que disponibiliza medicamentos utilizados na Atenção Primária à Saúde, por meio de parceria com farmácias e drogarias da rede privada, têm sido vítimas de fraudes, como a venda simulada de medicamentos que nunca chegaram aos beneficiários, mas que foram pagos pelo Ministério da Saúde. Além da perda financeira, a corrupção ocasiona a perda de confiança no monitoramento e fiscalização dos órgãos governamentais.

O DGMP deveria apresentar a Produção de Assistência Farmacêutica, no entanto, existe uma observação de que esse item refere-se ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), sob gestão da esfera estadual, não existindo, portanto, produção sob

gestão municipal. Em outras palavras, o DGMP promete, mas não entrega. Apesar de ser gestão estadual, os valores fazem parte das transferências constitucionais que o Estado deve fazer ao município, para cumprir o mínimo de aplicação em saúde, que é de 12%.

O Município de Mandaguaçu recebe, ainda, o Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica (IOAF), também repassado pelo Governo do Estado do Paraná, cujos recursos necessitam, obrigatoriamente, ter sua prestação de contas efetivada nos Relatórios Anuais de Gestão, apresentados ao Conselho de Saúde e em Audiências Públicas.

Além disso, desde 2018, o Município de Mandaguaçu está inscrito no Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS), instituído pelo Ministério da Saúde, em 2012. No entanto, esses dados não estão informados no tópico Assistência Farmacêutica no DGMP.

A sociedade civil e a academia, só conseguirá obter essas informações, se for anexado ao DigiSUS, o RAG apresentado nas reuniões do Conselho ou em Audiências Públicas, pois, na versão disponibilizada pela plataforma, essa informação não existe. Mesmo o relatório apresentado, peca no quesito transparência, pois apresenta saldos bancários, mas não discrimina os gastos. Apresenta o número de receitas disponibilizadas, mas não indica quem foi o responsável pela aquisição, o município, o estado ou a União.

A aquisição de produtos farmacêuticos passa por um ciclo que se inicia com o planejamento da compra, passando pela contratação de fornecedores e entrega dos medicamentos e suprimentos médicos. Mahuwi e Baraka (2024, p. 22; 32) recomendam

O uso do sistema de compras eletrônicas como uma ferramenta estratégica para reduzir a corrupção e aumentar a transparência e a responsabilização nas compras públicas [...] diminui a probabilidade de práticas corruptas, como conluio em licitações, supressão de licitações, suborno e apropriação indébita.

O fato de o Município de Mandaguaçu adquirir a maioria dos medicamentos por meio do Consórcio Paraná Saúde, nos traz a esperança de que não exista corrupção no meio, porém, a falta de transparência, especialmente pelo Estado, fragiliza a prestação de contas. Com exceção de Curitiba, todos os demais 398 municípios, participam do Consórcio, o que nos permite inferir, que a prestação de contas do setor farmacêutico em todos esses municípios, não é transparente.

VI. *Produção de Vigilância em Saúde por Grupo de Procedimentos*

Em relação à Produção de Vigilância em Saúde por Grupo de Procedimentos, nos anos de 2018 e 2019, existe a quantidade aprovada para ações de promoção e prevenção à saúde, assim como para procedimentos de finalidade diagnóstica, porém, não apresentam o valor aprovado e pago. Nos anos de 2020 e 2021, são apresentados quantitativos muito inferiores e repetidos, apontando inconsistências. Inexistem dados nos anos de 2022 e 2023.

B- Profissionais de saúde trabalhando no SUS

Em relação aos profissionais da saúde que trabalham no SUS, os dados importados do CNES, não favorecem as análises e considerações, pois contém inconsistências. No caso dos postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação, o RAG de 2018 informa que seriam 85 autônomos, 923 estatutários e empregados públicos e 52 estagiários, totalizando 1.060 profissionais da saúde.

Segundo o RAG de 2019, seriam 82 autônomos, 1014 estatutários e 97 estagiários, totalizando 1.193 profissionais. No entanto, esse quantitativo seria praticamente a totalidade de servidores do município. O *site* da Prefeitura Municipal anuncia que, atualmente, Mandaguaçu conta com 1.202 servidores (estatutários, empregados públicos, comissionados e outros) em toda a sua estrutura, como mostra a **Figura 7**.

Figura 7: Relação de servidores ativos - 10/09/2025

Total de resultados dos filtros		
Registros encontrados	1202	
Vinculo empregatício (Contagem)	Situação (Contagem)	
643 Estatutário	878 Trabalhando	
132 Contrato Prazo Determ. (RJU)	302 Em serviço	
79 Comissionado	9 Licença	
40 Outros	13 Outros	

Fonte: Prefeitura Municipal de Mandaguaçu, 2025

Ainda, no RAG 2020 as informações são completamente diferentes: Em 2018, são oito autônomos; em 2019, também oito; e em 2020, nove autônomos. Em relação aos estatutários e empregados públicos, em 2018, seriam 84, assim como em 2019. Já em 2020, seriam 77. Os estagiários aparecem em 2018, com nove, em 2019, com três e em 2020, nenhum.

Em 2021 e 2022, os valores se alteram para 20 e 46 autônomos, 98 e 111 estatutários, e

18 e 10 estagiários, respectivamente. O RAG 2023 não apresenta números de seu próprio exercício.

O que se tem, em relação aos profissionais de saúde no DigiSUS, é uma situação extremamente controversa, que não favorece a gestão e muito menos a avaliação por parte do Conselho Municipal de Saúde. Essa disparidade é mostrada na **Tabela 11**.

Tabela 11: Postos de trabalho ocupados no SUS por forma de contratação

Formas de contratação	RAG	2018	2019	2020	2021	2022	2023
		85	82				
Autônomos (0209, 0210)	RAG 2021	8	8	9	0		
	RAG 2023		8	9	20	46	
		923	1.014				
Estatutários e empregados públicos (0101,0102)	RAG 2021	84	84	77	0		
	RAG 2023		84	77	98	111	
		52	97				
Residentes e estagiários (05, 06)	RAG 2021	9	3	0	0		
	RAG 2023		3	0	18	10	

Fonte: Relatório Anual de Gestão – 2018-2023

C- Programação Anual de Saúde – PAS

A maioria das metas da PAS não permite apuração quadrimestral, somente anual. Para a análise, optou-se pela coleta de dados relativos ao número de diretrizes, objetivos e metas estabelecidos em cada período de 2018-2021 e 2022-2023, computaram-se os números de cada item presente e calcularam-se as porcentagens de atingimento das metas estabelecidas.

O PMS 2018-2021 apresentou doze Diretrizes, sendo que algumas parecem confundir diretriz com objetivo e meta. Já o PMS 2022-2025 discriminou cinco Diretrizes. Em nenhum dos casos houve coincidência com as diretrizes sugeridas pelo Conselho Nacional de Saúde, que podem ser visualizadas no DigiSUS Gestor, por meio do acesso público. As diretrizes do Município de Mandaguáçu, em cada Plano de Saúde foram:

2018-2021:

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Mãe Paranaense", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Diretriz 6 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Diretriz 7 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Diretriz 8 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.

Diretriz 9 - 1 - Organizar, de maneira articulada e resolutiva, a atenção à saúde bucal por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças bucais. 2 - Garantia de atenção integral a saúde bucal em todos os ciclos da vida, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Diretriz 10 - Implantação de novas UBS e ampliação e reformas das já existentes.

Diretriz 11 - Qualificação de instrumentos de execução direta.

Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

2022-2025:

Diretriz 1 - Qualificação da gestão em saúde.

Diretriz 2 - Fortalecimento da atenção à saúde.

Diretriz 3 - Qualificação da vigilância em saúde.

Diretriz 4 - Fortalecimento da gestão do trabalho e educação permanente em saúde.

Diretriz 5- Fortalecimento do controle social no SUS.

A PAS 2018-2021 possui 12 objetivos e 56 metas, enquanto a PAS 2022-2025 possui 20 objetivos e 51 metas. A **Tabela 12** mostra que 2022, foi o ano em que mais metas foram atingidas, com um percentual de 53%, seguido do ano de 2021, com 50%. O ano de 2023, foi o que menos alcance teve, com 33% de atingimento. No ano de 2019, não foi realizada a avaliação da PAS. Nas análises e considerações do RAG 2019, se encontra a seguinte informação: “a construção e a finalização do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2019 da Secretaria Municipal de Saúde de Mandaguáçu se deu em meio à resposta da pandemia do novo Coronavírus (COVID-19)” (Mandaguáçu, 2023). Observe-se que o RAG foi apresentado no

final do mês de março e que a Pandemia teve início em meados do mês, período em que o RAG já deveria estar concluído, portanto, não existe justificativa para que a análise não fosse realizada. Identifica-se falha no fluxo de ordenação das informações.

Tabela 12: Avaliação das PAS de 2018 a 2023 quanto ao alcance de metas

PAS	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nº Diretrizes	12	12	12	12	5	5
Nº Objetivos	12	12	12	12	20	20
Nº Metas	56	56	56	56	51	51
Nº Metas atingidas	22	0	25	28	27	17
% Metas atingidas	39%	0	45%	50%	53%	33%

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

O baixo atingimento das metas da PAS, nos leva a ponderar ou que as metas são irreais, portanto inatingíveis, ou que existe um grave problema no planejamento e no monitoramento das ações e serviços desenvolvidos pela Secretaria de Saúde.

No ano de 2020, observam-se cálculos errados em relação ao atingimento de duas metas, que foram erroneamente apontadas como não atingidas. As avaliações são realizadas pelo próprio gestor/técnico, que deve promover análises e considerações sobre o não alcance de metas, porém, as considerações da PAS 2018 e 2019, são somente sobre a aprovação das mesmas. Nos demais anos tem-se análises e considerações mais assertivas. Provavelmente, o que motivou pouca análise foi o fato DigiSUS Gestor ter sido alimentado somente a partir do final de 2020, quando as considerações foram feitas sobre fatos passados.

Frise-se ainda, que a maioria das metas da PAS não são passíveis de avaliação quadrimestral, o que impede a realização de análises que favoreçam a correção de rumos durante o exercício. Tal fato torna mais relevante a apresentação e avaliação do RAG, assim como as recomendações para o exercício seguinte.

D- Execução orçamentária e financeira

Somente o ano de 2018 oferece as informações completas nos três RDQA e RAG, em relação à execução orçamentária e financeira apresentada no DIGISUS, nos itens Execução da programação por fonte de recurso, subfunção e categoria econômica; Indicadores financeiros; e Relatório Resumido de Execução Orçamentária. Em 2019, só existem informações no terceiro RDQA e RAG. Em 2021 e 2022, não existe informação alguma; e em 2023, só existem informações do terceiro RDQA e RAG.

O mesmo ocorre em 2018, 2019 e 2020, no item Execução orçamentária e financeira de recursos federais transferidos fundo a fundo, segundo bloco de financiamento e programa de trabalho. Em 2021, não existe informação alguma e em 2022 e 2023, só existem informações no RAG.

Em relação às informações sobre recurso covid-19 Repasse União, só são apresentadas as transferências no RAG 2020 e 2023. Nenhuma informação sobre os Recursos Próprios e Repasse Estadual.

A **Figura 8** mostra trecho da ata da reunião ordinária do CMS de Mandaguáçu, do dia 25/05/2022, que revela as dificuldades na prestação de contas do Primeiro Quadrimestre, devido a problemas com o SIOPS.

Figura 8: Ata da Reunião Ordinária CMS – 1RDQA - 25/05/2022

em redes de farmácias privadas. Também é informado aos conselheiros que o Sistema de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde - SIOPS ainda não foi aberto para transmissão da prestação de contas, por problemas técnicos no sistema de informações; que já são dois bimestres em atraso, que por isso, na Prestação de Contas, não haverá dados oficiais. Passa-se à apresentação do Relatório de Prestação de Contas do Primeiro Quadrimestre de 2022. A

Fonte: Mandaguáçu, 2023

Tais fatos mostram lacunas informacionais, pois não há como fazer uma análise da situação orçamentária baseada nos dados importados do SIOPS, já que a maioria deles não existe. Resta analisar as informações disponibilizadas pela Secretaria de Saúde, no item 9 - Execução Orçamentária e Financeira, tanto nos relatórios quadrimestrais quanto nos relatórios anuais.

O RAG 2022 aponta as dificuldades da gestão em acompanhar a evolução da receita e da despesa, sem a transmissão de dados, que apesar de ser de responsabilidade da mesma, é efetuada pela Secretaria da Fazenda.

O terceiro RDQA de 2022 foi apresentado ao Conselho de Saúde em 22/02/2023 e a Audiência Pública se deu em 28/02/2023, na Câmara Municipal. As análises e considerações informam que:

O fato de não se abastecer o SIOPS bimestralmente, impede o acompanhamento dos dados. Na finalização da transmissão dos dados, em 17/03/2023, já com o prazo extrapolado, aparece uma diferença de mais de 2 pontos percentuais entre o RREO apresentado em Audiência Pública pela Secretaria de Saúde e que serviu de base para o Relatório do 3º quadrimestre de 2022, elaborado pela Secretaria de Saúde. Os dados apresentados no SIOPS informam que 27,68% das despesas com saúde foi realizada com recursos próprios, enquanto que na audiência pública a informação foi de que foram

utilizados 25,41%, uma diferença de R\$ 1.658.152,42. RAG 2022 – Análise e Considerações da Execução Orçamentária e Financeira. (Mandaguacu, 2023)

A informação repassada pela Secretaria de Fazenda, no RREO, era de que o gasto de recursos livres em saúde seria da ordem de 25,41%. No entanto, a mesma Secretaria da Fazenda, ao transmitir os dados ao SIOPS, dezessete dias depois, informa que o percentual, na realidade era de 27,68%. O que se questiona é, de onde surgiu essa diferença pouco mais de quinze dias depois? Na **Figura 9** observam-se a informação apresentada no SIOPS e na **Figura 10**, observam-se o *slide* que apresenta a Receita x Despesa da apresentação do RAG 2022, com a informação repassada no 3RDQA e no SIOPS, mostrando o contraste da informações.

Figura 9: Porcentagem de aplicação de recursos próprios (EC29) em saúde - 2022

Municípios		2022	Total
TOTAL		27,69	27,69
411410 Mandaguacu		27,69	27,69

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Brasil, 2025d)

Figura 10: Slide Receita X Despesa – RAG2022

RECEITAS RESULTANTES DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS		RECEITAS ADICIONAIS PARA O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO									
RECEITA DE IMPOSTOS (IPTU, ITBI, ISS, IRRF)	16.435.085,25	RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS PARA A SAÚDE									
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (FPM, ITR, IPVA, ICMS, IPI-Exportação)	49.732.249,70	• Proveniente da União	4.770.954,98								
TOTAL DAS RECEITAS RESULTANTES DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS	66.167.334,95	• Proveniente dos Estados	1.537.727,42								
TOTAL DAS RECEITAS A SEREM INVESTIDAS EM SAÚDE - 15%	9.925.100,24	• Proveniente de outros Municípios									
		RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO INTERNAS E EXTERNAS VINCULADAS A SAÚDE									
		OUTRAS RECEITAS	444.849,75								
		TOTAL DE RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	6.753.532,15								
APURAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO LIMITE MÍNIMO PARA APLICAÇÃO EM ASPs											
Total das Despesas com ASPs		16.814.189,01									
PERCENTUAL DA RECEITA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS APLICADO EM ASPs (XVI / III)*100 (mínimo de 15% conforme LC n° 141/2012 ou % da Lei Orgânica Municipal)		25,41%									
2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
16,98%	22,25%	22,96%	24,27%	24,62%	21,87%	23,59%	15,19%	25,65%	30,93%	27,95%	25,41%
SIOPS 2022 – 27,68%											

Fonte: Mandaguacu, 2023

As dificuldades em relação ao planejamento para a utilização de recursos orçamentários e financeiros é escancarada pela própria gestão, ao realizar análises e considerações no RAG 2022:

A avaliação da Execução Orçamentária e Financeira aponta os problemas que existem no Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) e cujas despesas de saúde devem estar em sintonia com o Plano de Saúde (no caso do PPA) e com a Programação Anual de Saúde (no caso da LDO e da LOA). Esses instrumentos são as principais referências para a execução orçamentária e financeira das ações e serviços públicos de saúde. A Secretaria de Saúde já fez várias solicitações à Secretaria de Fazenda para que fossem feitas correções das subfunções, já que em 2022 não houve destinação de recursos financeiros para Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Alimentação e Nutrição. A maior fonte de despesas recai sobre a Atenção Básica, especialmente na UBS Central. Isso dificulta por um lado a execução orçamentária e financeira e por outro, a avaliação das mesmas. RAG 2022 – Análise e Considerações (Mandaguacu, 2023)

Sobre a Atenção Primária, a falta de profissionais desde os serviços operacionais até os médicos, a baixa qualidade de equipamentos e de estrutura física, a falta de insumos e materiais, a falta de conforto das instalações, além da dificuldade de acesso, explicitados no item 12 - Recomendações para o Próximo Exercício dos RAG dos seis anos avaliados, demonstra que, aquela que é considerada como a porta de entrada para o SUS, se mostra, muitas vezes, emperrada. No entanto, ao se analisar os gastos do município, pode-se crer que a administração pública a prioriza, mas, na verdade, o problema está na LOA que coloca quase que a totalidade do orçamento nessa subfunção orçamentária.

A falta de colaboração intersetorial entre gestão da saúde e contabilidade se faz sentir, especialmente na hora da prestação de contas. Revelam-se a existência de informações conflitantes, em relação à porcentagem de recursos próprios utilizados na saúde, apresentadas ao Conselho e em Audiência Pública da Saúde e em Audiência Pública sobre as Metas Fiscais, poucos dias depois. Esse não deveria ser um problema, se o SIOPS tivesse um melhor funcionamento e se houvesse punição aos municípios que não enviassem as informações nos cinco bimestres anteriores e não só em relação ao 6º bimestre.

Há que se considerar as dificuldades do Setor de Contabilidade em relação ao SIOPS, cujos modelos de estrutura eram (são?) alterados frequentemente, conforme constatou a própria autora desta pesquisa, ao participar de grupo de *WhatsApp* de contadores, por mais de um ano, após curso de formação online promovido pela SESA/PR em parceria com o Ministério da

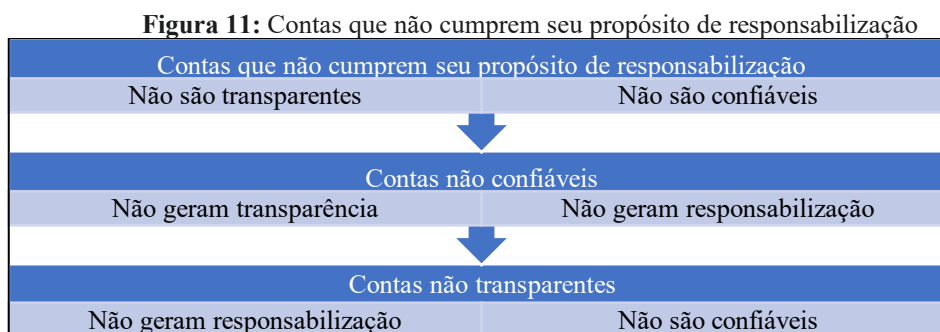
Saúde e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná (COSEMS-PR), em setembro de 2021.

Ainda em relação ao SIOPS, complementa a Gestão da Saúde, nas Análises e Considerações no RAG 2022, que “a falta de abastecimento do SIOPS, levou a secretaria de saúde a situações constrangedoras em reuniões de Comissões Intergestoras. Fechamos o ano apenas com a transmissão de dados do 1º bimestre”. Conclui-se, por esta fala, que o problema estaria no município e não no sistema.

No entanto, problemas em relação às contas públicas, não são prerrogativas do Município de Mandaguaçu. No intuito de apresentar as contas financeiras, muitas vezes se esquece que o objetivo dessa apresentação é dar transparência aos dados. Há preocupação com a forma e não com o conteúdo e com quem fará uso das informações. A título de ilustração o trabalho de Ferry e Migdley (2024, p. 1459) menciona a investigação realizada pelo Comitê de Administração Pública e Assuntos Constitucionais (PACAC) da Câmara dos Comuns do Reino Unido, em relação à confiabilidade das contas financeiras dos departamentos governamentais, o qual concluiu que "o formato e o conteúdo das Contas não foram projetados para fins de escrutínio democrático [...] a transparência... exige que o público possa ver como o dinheiro é gasto em serviços específicos e como os resultados são alcançados".

O deputado Craig MacKinlay apontou que "talvez haja muito tempo sendo gasto na montagem dessas contas sem realmente entender qual é o objetivo delas para o usuário", acrescentando que “há uma tendência também em todas as contas departamentais de dar um brilho rosado às coisas”.

O deputado Ronnie Cowan acrescentou que "Certamente, nos dias de hoje, com os avanços tecnológicos que temos, deveria ser mais fácil para o Governo produzir contas fáceis de ler". Conforme Ferry e Midgley (2024, p. 1462), “a falta de confiança nos documentos foi tanto uma causa quanto uma consequência da falta de responsabilização e transparência”, como mostra a **Figura 11**.



Fonte: Elaborada pela autora

A conclusão a que se chega, após a análise dos instrumentos de gestão do Município de Mandaguaçu, inseridos no DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento, de 2018 a 2023, é que os dados informados não favorecem a gestão da saúde e tampouco fortalecem o controle social. Atrasos na elaboração de documentos, falta de apropriação dos mesmos, falta de equipe técnica qualificada, falta e inconsistências dos dados e até problemas na composição do Conselho Municipal de Saúde, impactam negativamente tanto na transparência da gestão quanto no controle social, fazendo com que as ferramentas disponibilizadas sirvam apenas para cumprir com uma obrigação legal.

A resposta, portanto, à indagação que norteou a realização da presente pesquisa é de que o DigiSUS Gestor não tem contribuído para a transparência da gestão em saúde e não tem facilitado o controle social no Município de Mandaguaçu. Apesar de a plataforma possuir interface com outros sistemas de informação, os dados, por vezes, estão ausentes, são inconsistentes e não são apresentados em tempo oportuno, para que a avaliação do Conselho seja feita em tempo hábil.

5.3 Limitações e lacunas do Sistema Digisus que demandam aprimoramento

A análise identificou limitações e lacunas quanto à plataforma DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento, que podem ser assim sintetizadas:

- Falta de acessibilidade para todo o tipo de usuários, inclusive pessoas com deficiência. Existe a necessidade de melhorar a usabilidade para idosos e pessoas com pouco letramento digital, principalmente em navegação e pesquisa, para a inclusão social e desenvolvimento de competências.
- A falta de simultaneidade dos sistemas de informação e da plataforma DigiSUS Gestor, compromete a geração de dados, prejudicando sua funcionalidade e interação, trazendo prejuízo ao planejamento, monitoramento e avaliação, por falta de dados atualizados e confiáveis.
- A falta de integração entre os Sistemas de Informações em Saúde, inclusive da interface com sistemas de informação estaduais, informações contraditórias, poucos dados apresentados, apesar de uma gama diversa de informações acessíveis. Frequentes mudanças na estrutura do SIOPS, que geram atrasos na transmissão e consequente disponibilização dos dados. Atrasos na disponibilização de dados pelo IBGE, e ausência

de um sistema de informações sobre Emendas Parlamentares da Saúde que possua interface com a plataforma DigiSUS Gestor.

Essas são limitações e lacunas que inviabilizam a concretização da finalidade a que o DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento se propõe, ou seja, prejudicam a elaboração de um planejamento consistente com a realidade, dificultam o monitoramento das ações e serviços de saúde e entram a avaliação pelo controle social.

Dentre as limitações e lacunas identificadas quanto aos instrumentos de gestão do Município de Mandaguçu e que demandam aprimoramento, destacam-se:

- Diagnósticos situacionais frágeis ou desatualizados, falta de transversalidade com políticas públicas de outras áreas (educação, assistência social, meio ambiente).
- PAS que não dialoga de forma clara com os orçamentos municipais e com os instrumentos de planejamento financeiro (LDO e LOA), metas genéricas, mal definidas ou desconectadas da realidade local e dos indicadores de saúde;
- Planos de governo político-eleitorais, sem apropriação dos instrumentos de gestão e sem obediência aos prazos para elaboração dos documentos;
- Falta de equipe de planejamento e qualificação de equipe técnica, com incentivo para cargos de chefia e coordenação;
- Ausência de previsão orçamentária realista e compatível com as ações propostas, ocasionando descumprimento de metas por inviabilidade financeira ou má alocação de recursos, o que compromete a credibilidade do planejamento;
- Falta de auditorias e falhas na cultura de monitoramento de indicadores; não utilização dos dados de forma sistemática para retroalimentar o ciclo de planejamento;
- Conselheiros de saúde sem acesso qualificado aos dados ou capacitação para análise crítica dos instrumentos de gestão, com participação limitada a um momento de “consulta” ou aprovação formal, sem real envolvimento da comunidade e dos conselheiros no processo de construção e monitoramento dos documentos;
- Falta de apoio e valorização do Conselho Municipal de Saúde

5.3.1 *Recomendações para o aprimoramento dos PMS*

Recomenda-se, para que se promova o aprimoramento dos Planos Municipais de Saúde:

1. Qualificar os diagnósticos situacionais: incorporando dados sociais, econômicos e geográficos que permitam identificar grupos vulneráveis e definir prioridades adequadas; fazer uso de séries históricas de indicadores de saúde, que demonstrem as potencialidades e as fragilidades na prestação de serviços.
2. Elaborar orçamentos realistas: realizar estimativas claras de recursos humanos, infraestruturas e insumos, e realizar revisão anual para ajustes. Atentar para as subfunções orçamentárias, de forma a organizar a distribuição dos recursos orçamentários e financeiros¹⁵, facilitando o monitoramento dos gastos apresentados nos RDQA e análises quando da apresentação do RAG. Observar a série histórica de gastos em saúde e elaborar as Leis Orçamentárias, baseadas na média de recursos investidos, sem incorrer no erro de utilizar apenas o mínimo que a PEC29 propôs, quando essa não é mais a realidade do município. Esse pode ser o maior equívoco da Administração Pública, que gera grave desconexão entre o planejamento em saúde e o orçamento do município, acarretando graves problemas quando da avaliação das Ações e Serviços Públicos de Saúde.
3. Fortalecer a participação social: Estimular a criação de comissões temáticas e formar grupos de trabalho dentro dos conselhos, com apoio profissional qualificado, para promover a capacitação e a valorização dos conselheiros de saúde, qualificando, assim, os processos participativos no planejamento, monitoramento e avaliação das ASPs.
4. Investir em capacitação técnica: Criar grupo técnico qualificado e desenvolver competências em planejamento, monitoramento e análise de dados no município, integrando, inclusive, outros setores determinantes para a saúde da população, como educação, assistência social, meio ambiente e setor contábil.
5. Adotar modelos de avaliação: Desenvolver modelos de avaliação, para medir o comprometimento individual/institucional com o planejamento e o desenvolvimento das ações, de forma a promover melhorias contínuas em todos os âmbitos da Administração Pública, especialmente na saúde.

¹⁵ Recursos orçamentários são as dotações ou autorizações de gastos e recursos financeiros são o dinheiro ou o saldo bancário.

5.3.2 *Recomendações para o aprimoramento da PAS*

Visando o aprimoramento das Programações Anuais de Saúde, recomenda-se:

1. Fortalecer a estrutura técnica municipal: implantar capacitações periódicas em planejamento, indicadores, orçamento e estratégias de avaliação, para a integração efetiva dos instrumentos de gestão.
2. Vincular a PAS à LDO/LOA: garantir que as ações previstas tenham recursos suficientes para sua execução.
3. Fazer desdobramento por território ou unidade de saúde: utilizar indicadores claros e metas específicas para cada ponto de atenção.
4. Estimular a transparência e o uso de linguagem acessível: Tornar a linguagem técnica acessível à sociedade e ao controle social, enviar os documentos em tempo hábil para análise do conselho e criar um canal para a divulgação para a população, visando melhorar a participação da sociedade civil nas audiências públicas.
5. Promover avaliação contínua: Cada setor/ponto de atenção responsável pela ação, deve realizar coleta de dados e avaliação mensal de seus indicadores, para que, no fechamento do quadrimestre, a equipe técnica realize as análises e considerações que serão inseridas no DigiSUS Gestor e subsidiarão a apresentação do RDQA e da audiência pública, ou seja, ordenar o fluxo de informações.
6. Fortalecer a participação social: promover a educação contínua para conselheiros sobre SUS, orçamento, indicadores e instrumentos de planejamento, qualificando os conselheiros para a avaliação dos instrumentos de gestão.
7. Qualificar o DigiSUS Gestor: melhorar os SIS, tornar a importação dos dados simultânea à coleta das informações, para que as avaliações possam ser realizadas por meio de dados integrados, atualizados e em tempo hábil. Exigir do município a inclusão no DGMP do arquivo da apresentação realizada ao conselho, em audiência pública, e não divulgar somente a resolução expedida pelo conselho de saúde.

5.3.4 *Recomendações para o aprimoramento dos RDQA*

Recomenda-se, visando ao aprimoramento dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior:

1. Ampliar a divulgação e a acessibilidade das audiências públicas: maior divulgação em redes sociais, imprensa local, internet. Adotar horários e locais acessíveis, com

transmissão ao vivo pela internet, sempre que possível, e com possibilidade de interação com o público.

2. Aprimorar a linguagem dos relatórios, com versões acessíveis e resumos para a população e conselhos: produzir resumos em linguagem clara, infográficos e versões simplificadas para leigos e conselheiros de saúde.
3. Promover coerência entre os instrumentos de gestão: cruzar dados do RDQA com a PAS e depois com o RAG para alimentar os procedimentos de avaliação e correção de rumos. Dar ênfase aos resultados.
4. Promover análise comparativa e retrospectiva nos relatórios: incluir gráficos, séries históricas de evolução, visualização semaforizada dos indicadores, além de comentários sobre os resultados obtidos em relação às metas da PAS.
5. Capacitar os atores envolvidos: conselheiros municipais, vereadores e equipe técnica devem receber formação para interpretar indicadores, analisar orçamento e fiscalizar adequadamente.

5.3.4 Recomendações para o aprimoramento do RAG

Como forma de se aprimorar os Relatórios Anuais de Gestão, recomenda-se:

1. Capacitar os conselheiros de saúde: capacitar conselheiros para a leitura crítica e aprovação consciente do RAG.
2. Integrar os instrumentos de gestão: Estabelecer vínculo explícito entre RAG com a PAS, PMS e o RREO/SIOPS, e destes com as peças orçamentárias, promovendo coerência entre planejamento, execução e prestação de contas, evitando relatórios meramente descritivos. Disponibilizar os dados fornecidos pelos sistemas de informações que têm interface com o DigiSUS, simultaneamente à coleta de dados.
3. Ampliar a análise crítica: Estimular que a seção de considerações finais seja efetivamente preenchida com reflexões e proposições concretas, tanto pelo técnico/gestor, quanto pelo conselheiro responsável. Incluir considerações sobre o atingimento das metas ou não, os motivos dos desvios e as estratégias corretivas. Estimular auditorias para identificar problemas, dificuldades e lacunas.
4. Fortalecer o diálogo com o controle social: Incluir representantes do Conselho nas discussões e elaboração do RAG. Enviar o relatório em tempo hábil, para a análise do Conselho.

5. Ampliar a acessibilidade: Produzir versões-resumo em linguagem simples, com infográficos e informações-chave para a população e divulgá-las em redes sociais e outros meios.
6. Aproveitar o potencial do DigiSUS Gestor: Realizar análises comparativas, produzir séries históricas, padronizar a apresentação dos dados, inserir os arquivos de apresentação dos relatórios ao conselho de saúde na plataforma, enviar cópia para a câmara de vereadores e prefeito.

5.4 Sugestões fundamentadas à gestão, aos conselhos de saúde e sociedade civil e à academia

De acordo com as análises e discussões dos dados coletados, bem como dos estudos em que se baseou esta dissertação, apresentam-se à gestões municipais, estaduais e federal, aos conselhos de saúde, à sociedade civil à academia, as sugestões abaixo discriminadas.

À gestão municipal, as sugestões objetivam a transparência e a qualificação da gestão, por meio da melhoria da captação e alimentação de dados e a qualificação de equipe técnica, melhorando a comunicação intersetorial e entre gestão e conselho, e independem da movimentação de quaisquer outros entes federados. São elas:

- Promover oficinas práticas presenciais e online para técnicos da Secretaria de Saúde, visando à correta alimentação do DigiSUS Gestor e dos demais sistemas que possuem interface com o mesmo, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde;
- Promover capacitações em conjunto, para equipe técnica da saúde e da Secretaria da Fazenda, com temas ligados ao planejamento orçamentário e instrumentos de gestão do SUS;
- Criar protocolos internos com prazos fixos e responsáveis designados para alimentar o Sistema DigiSUS;
- Criar agendas fixas de reuniões técnicas e treinamentos conjuntos com profissionais da saúde, orientando sobre o uso dos sistemas de informações, a importância da geração dos dados a serem captados pelo DigiSUS, para o fortalecimento do vínculo institucional e maior alinhamento de informações.
- Apresentar as prestações de contas em formatos simplificados, utilizando-se de gráficos e resumos, de forma a ampliar a compreensão das informações pela população leiga;

- Promover campanhas comunitárias em rádios locais e redes sociais para popularizar o acesso ao DigiSUS, fomentando o engajamento nas audiências públicas e o aumento no número de usuários.

À gestão estadual (SESA PR), as sugestões objetivam a transparência das informações que devem ser disponibilizadas por todas as esferas de governo. São elas:

- Criar página na internet do Fundo Estadual de Saúde (FES), nos moldes do Fundo Nacional de Saúde (FNS);
- Criar, organizar e promover interface entre Sistema de Informação sobre Assistência Farmacêutica e o DigiSUS, inclusive com informações oriundas do Consórcio Paraná Saúde.

À gestão federal, as sugestões objetivam a melhoria dos sistemas de informação, para que se consolide o fortalecimento e a transparência na gestão da saúde, favorecendo o controle social. São elas:

- Melhorar a interação entre o DigiSUS e os sistemas de informações e conexões para cruzar dados de diferentes plataformas;
- Desenvolver painéis de informações visuais - dashboard¹⁶, com indicadores e métricas relevantes para monitoramento em tempo real (Paz *et al.*, 2025);
- Implementar melhorias na navegação, visando à acessibilidade para pessoas cegas e portadores de dislexia visual;
- Estabelecer parcerias com empresas de telecomunicações, para abertura de acesso, sem custos ao usuário da plataforma DigiSUS;
- Desenvolver interface com sistema de informação dos consórcios de saúde;
- Desenvolver interface com sistemas de informação da Atenção Psicossocial e Assistência Farmacêutica;
- Desenvolver melhorias no SIOPS, para que a transmissão de dados possa ocorrer em tempo oportuno para avaliação dos conselhos de saúde;

¹⁶ Um dashboard, ou painel de controle, é uma interface gráfica que exibe dados e métricas-chave de forma visual para facilitar o monitoramento, análise e a tomada de decisões. Ele consolida informações de diversas fontes em um único local, apresentando-as em gráficos, tabelas e outros elementos visuais para proporcionar uma visão rápida e compreensível do desempenho de um negócio ou processo.

- Estabelecer parcerias com universidades para viabilizar as alterações tecnológicas necessárias para a universalidade de acesso a informações de saúde.

Aos Conselhos Municipais de Saúde e à sociedade civil, as sugestões objetivam facilitar o acesso, compreensão e uso da informação para fiscalização e participação popular. São elas:

- Promover oficinas práticas presenciais e online sobre o DigiSUS Gestor, periodicamente, para conselheiros e lideranças comunitárias, usando linguagem simples, de forma a estimular maior autonomia de seus membros e da sociedade civil, na fiscalização das políticas públicas de saúde, por meio da qualificação permanente do controle social;
- Protocolar pedidos formais para a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado e/ou Ministério da Saúde, solicitando melhorias na interface do Sistema DigiSUS e demais Sistemas de Informação em Saúde, para que as atualizações sejam simultâneas à coleta de dados, de forma a ampliar a transparência da gestão e responsabilização dos gestores;
- Criar comissões temáticas para acompanhamento e avaliação dos instrumentos de gestão inseridos no Sistema DigiSUS Gestor, visando à divisão de responsabilidades e aprofundamento das análises;
- Incorporar análise do DigiSUS como pauta regular do conselho, inserindo no calendário momentos fixos para análise dos relatórios do sistema, visando à sistematização da fiscalização e ao acompanhamento das metas.
- Criar modelos padronizados para envio de recomendações baseadas nas análises do sistema, mantendo registro documental das demandas e maior responsabilização dos gestores.
- Manter página do Conselho Municipal de Saúde em redes sociais, como forma de ampliar a comunicação com a comunidade sobre dados do DigiSUS, publicando boletins simplificados e divulgando os principais achados das análises, de forma a fortalecer o controle social comunitário e o aumento da participação popular;
- Criar grupos comunitários em redes sociais para acompanhar e registrar prazos de publicações no DigiSUS, de forma a aumentar a pressão social por cumprimento dos prazos legais;

À academia, as sugestões objetivam estimular a pesquisa aplicada e a produção de conhecimento e de ensino sobre o uso do DigiSUS, além de incentivar parcerias entre

universidades e poder público, de forma a qualificar tanto os instrumentos de gestão, quanto a plataforma digital:

- Elaborar projetos de extensão universitária para cursos da área da saúde, gestão pública e Tecnologia da Informação, que levem os estudantes a conhecer e apoiar os conselhos de saúde no acesso e interpretação dos dados disponibilizados na plataforma DigiSUS Gestor, fortalecendo o controle social com suporte técnico-acadêmico;
- Conduzir estudos aplicados sobre usabilidade e sugerir melhorias ao Ministério da Saúde para tornar o sistema mais inclusivo e de fácil navegação;
- Desenvolver estudos e pesquisas que avaliem o impacto do DigiSUS na transparência da gestão, gerando evidências para embasar novas políticas públicas de saúde;
- Propor convênios entre as universidades e secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde, para pesquisa e implementação de melhorias nos sistemas de informação em saúde, visando ao aprimoramento contínuo dos sistemas, com base em evidências científicas;
- Desenvolver novos programas de computador que possam extrair informações pontuais dentro do DigiSUS Gestor, de forma a contribuir com os SIS existentes;
- Produzir materiais didáticos para acesso a sistemas de informação, por meio de guias, vídeos, infográficos e tutoriais baseados em pesquisas, adaptados para diferentes perfis de usuários, visando à difusão mais ampla e prática de conhecimento sobre o sistema.

Outras sugestões práticas de fácil implantação visando melhoria imediata, que favoreça as análises e considerações, tanto da gestão quanto do conselho de saúde:

Pendências de instrumentos de gestão no DGMP: A Secretaria de Saúde deveria apresentar, periodicamente, em reuniões do Conselho, relatório sobre a existência de pendências de instrumentos de gestão no DGMP, elaborando modelo simplificado a partir do modelo apresentado no **Quadro 7**.

Tabela 14: Série histórica de Mortalidade infantil – Mandaguaçu - PR

Óbitos menores de 1 ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nº óbitos	4	2	1	5	2	5	4	10	3	6
Taxa de mortalidade infantil (Óbitos/ mil nascidos vivos)	13,56	6,56	2,77	14,12	5,36	11,55	9,46	24,04	7,5	13,7

Fonte: IBGE 2025

Figura 12: Taxa de mortalidade infantil

Fonte: IBGE 2025

População coberta por plano de saúde: Apresentar dados da população coberta por plano de saúde, importantes para compreender a complexidade da procura por serviços de saúde e sua evolução ao longo do tempo. A **Tabela 15**, mostra a série histórica de cobertura de plano de saúde no município de Mandaguaçu, extraídos do banco de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS). A falta de observação apurada pode levar à conclusão de que houve uma queda expressiva na cobertura, em 2022. Na verdade, os dados populacionais é que estavam errados. A atualização proveniente do novo Censo, mostra que Mandaguaçu, tem uma população coberta por plano de saúde, pouco acima da média nacional que é de 25% (Brasil, 2025a)

Tabela 15: Série histórica de cobertura por plano de saúde

Mandaguacu	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% de cobertura	33,34	33,37	33,97	34,22	34,58	34,05	34,34	34,72	27,53	28,63
Nº hab.	21.419	21.672	21.920	22.164	22.531	22.819	23.100	23.373	31.457	31.457
Pop. coberta	7.142	7.233	7.446	7.584	7.792	7.769	7.933	8.114	8.659	9.007
Taxa de cobertura	21,7	21,9	21,8	22,6	23,1	22,9	22,9	23,9	24,7	26,3

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Utilizar os Indicadores de Desempenho da Atenção Primária em Saúde (APS) nas prestações de conta: Esses indicadores são avaliados no componente de Desempenho da APS no Programa de Financiamento da APS (Previne Brasil), cujas informações estão disponíveis na página do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB no portal e-GESTOR AB, com apresentação semafórica, que permite melhor visualização e compreensão dos dados informados, quadrimestralmente. São sete os indicadores disponíveis a partir de 2022.

Indicador 1 – Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.

Indicador 2 – Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

Indicador 3 – Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

Indicador 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

Indicador 5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada.

Indicador 6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

Indicador 7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

A **Figura 13** apresenta a meta de alcance dos indicadores e as porcentagens de alcance, por cores. Se menor que 40% da meta = vermelho; se entre 40% e 69% da meta = laranja; se entre 70% e 99% da meta = verde; e se maior ou igual a meta = azul.

Figura 13: Meta de alcance dos indicadores

Indicador	Meta	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
Indicador 1	45%	<18%	≥18% e <31%	≥31% e <45%	≥45%
Indicador 2	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
Indicador 3	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
Indicador 4	40%	<16%	≥16% e <28%	≥28% e <40%	≥40%
Indicador 5	95%	<38%	≥38% e <67%	≥67% e <95%	≥95%
Indicador 6	50%	<20%	≥20% e <35%	≥35% e <50%	≥50%
Indicador 7	50%	<20%	≥20% e <35%	≥35% e <50%	≥50%

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica - SISAB

A **Tabela 16** apresenta os relatórios quadrimestrais de indicadores de desempenho do Município de Mandaguçu, nos anos de 2022 e 2023.

Tabela 16: Relatório quadrimestral de indicadores – 2022/2023

Indicador	2022	2022	2022	2023	2023	2023
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
1	71 %	69 %	78 %	72 %	74 %	75 %
2	91 %	94 %	87 %	90 %	93 %	92 %
3	54 %	55 %	64 %	52 %	46 %	59 %
4	18 %	19 %	22 %	24 %	25 %	26 %
5	92 %	83 %	86 %	91 %	86 %	87 %
6	25 %	22 %	21 %	16 %	18 %	12 %
7	29 %	30 %	22 %	20 %	20 %	13 %

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica - SISAB

Aplicação de recursos próprios em saúde (PEC29): Apresentar série histórica da aplicação de recursos próprios em saúde (EC29), como mostra a **Tabela 17**, que demonstra a evolução dos investimentos em saúde do Município de Mandaguçu ao longo dos anos. Essa informação é importante quando da elaboração das peças orçamentárias, para que não fiquem desconectadas da realidade.

Tabela 17: Série histórica de aplicação de recursos próprios em saúde

Cidade	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mandaguçu - PR	24,27	24,62	21,87	23,59	15,19	25,65	30,93	27,93	27,69	33,31

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Avaliação da execução orçamentária e financeira: Utilizar a metodologia desenvolvida por Francisco Fúncia e Comissão de Finanças do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS) para a avaliação da execução orçamentária e financeira, por meio do Anexo 12 do Relatório

Resumido da Execução Orçamentária - RREO transmitido bimestralmente pelo município ao SIOPS. Destinada aos conselhos de saúde, é uma importante ferramenta também para a gestão, para embasar a construção das peças orçamentárias. As **Figuras 14, 15, 16 e 17** apresentam as faixas percentuais para a definição dos níveis de empenho e de liquidação da despesa em cada período de análise.

A **Figura 14** apresenta a avaliação orçamentária e financeira referente ao 1RDQA, ou seja, ao primeiro quadrimestre do ano, com o objetivo de subsidiar a análise e indicação de medidas corretivas.

Figura 14: Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira 1RDQA (até 30/04)

AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA (ATÉ 30/ABRIL)		Nível de Empenho	Nível de Liquidação
		Emp/Dot.Atualizada	Liq/Dot.Atualizada
CLASSIFICAÇÃO	PREOCUPANTE	$X \geq 50\%$	$X \geq 45\%$
	ADEQUADO	$35\% < X < 50\%$	$30\% < X < 45\%$
	REGULAR	$32\% < X < 35\%$	$27\% < X < 30\%$
	INADEQUADO	$27\% < X < 32\%$	$22\% < X < 27\%$
	INTOLERÁVEL	$22\% < X < 27\%$	$17\% < X < 22\%$
	INACEITÁVEL	$X \leq 22\%$	$X \leq 17\%$

Fonte: Francisco Funcia e Cofin/CNS

A **Figura 15** apresenta a avaliação orçamentária e financeira referente aos seis primeiros meses do ano, com o objetivo de monitorar a aplicação dos recursos em cada uma das subfunções.

Figura 15: Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira (até 30/06)

AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA (ATÉ 30/JUNHO)		Nível de Empenho	Nível de Liquidação
		Emp/Dot.Atualizada	Liq/Dot.Atualizada
CLASSIFICAÇÃO	PREOCUPANTE	$X > 65\%$	$X > 60\%$
	ADEQUADO	$50\% < X < 65\%$	$45\% < X < 60\%$
	REGULAR	$45\% < X < 50\%$	$40\% < X < 45\%$
	INADEQUADO	$40\% < X < 45\%$	$35\% < X < 40\%$
	INTOLERÁVEL	$35\% < X < 40\%$	$30\% < X < 35\%$
	INACEITÁVEL	$X \leq 35\%$	$X \leq 30\%$

Fonte: Francisco Funcia e Cofin/CNS

A **Figura 16** apresenta a avaliação orçamentária e financeira referente ao 2RDQA, ou seja, ao segundo quadrimestre do ano, com o objetivo de subsidiar a análise e indicação de medidas corretivas.

Figura 16: Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira 2RDQA (até 31/08)

AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA (ATÉ 31/AGOSTO)		Nível de Empenho	Nível de Liquidação
		Emp/Dot. Atualizada	Liq/Dot. Atualizada
CLASSIFICAÇÃO	PREOCUPANTE	X>80%	X>75%
	ADEQUADO	65%<X<80%	60%<X<75%
	REGULAR	60%<X<65%	55%<X<60%
	INADEQUADO	55%<X<60%	50%<X<55%
	INTOLERÁVEL	50%<X<55%	45%<X<50%
	INACEITÁVEL	X<=50%	X<=45%

Fonte: Francisco Funcia e Cofin/CNS

A **Figura 17** apresenta a avaliação orçamentária e financeira referente ao 3RDQA, ou seja, ao terceiro quadrimestre do ano, com o objetivo de subsidiar a análise e elaboração de parecer conclusivo.

Figura 17: Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira 3RDQA (até 31/12)

AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA (ATÉ 31/DEZEMBRO)		Nível de Empenho	Nível de Liquidação
		Emp/Dot. Atualizada	Liq/Dot. Atualizada
CLASSIFICAÇÃO	PREOCUPANTE	-	-
	ADEQUADO	X>97%	X>93%
	REGULAR	93%<X<97%	85%<X<93%
	INADEQUADO	85%<X<93%	75%<X<85%
	INTOLERÁVEL	75%<X<85%	65%<X<75%
	INACEITÁVEL	X<=75%	X<=65%

Fonte: Francisco Funcia e Cofin/CNS

A seguir, apresenta-se o uso prático da metodologia descrita, com a avaliação da execução orçamentária e financeira do ano de 2023, a partir do demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde da Prefeitura de Mandaguaçu, parte do Relatório Resumido de Execução Orçamentária, disponível no *site* daquela Prefeitura.

Observa-se na **Figura 18** que não houve dotação orçamentária inicial para as subfunções: assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático e terapêutico, e alimentação e nutrição. Nota-se que, posteriormente, realizou-se atualização da dotação orçamentária e destinou-se recursos para a subfunção assistência hospitalar e ambulatorial, provavelmente, por meio de um Projeto de Lei de recursos extras captados pela Administração pública, no decorrer do exercício.

Figura 18: Demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde

MUNICÍPIO DE MANDAGUAÇU									
RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA - CONSOLIDADO									
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL									
DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE									
01/2023 A 12/2023									
TOTAL DE RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE (XXXI) (XXVIII + XXIX + XXX)		4.329.040,00		4.329.040,00		6.730.023,18		155,46	
DESPESAS COM SAÚDE POR SUBFUNÇÕES E CATEGORIA ECONÔMICA NÃO COMPUTADAS NO CÁLCULO DO MÍNIMO	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c)	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		DESPESAS PAGAS		Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g)
			Até o Bimestre (d)	% (d/c) x 100	Até o Bimestre (e)	% (e/c) x 100	Até o Bimestre (f)	% (f/c) x 100	
ATENÇÃO BÁSICA (XXXII)	4.119.160,00	7.264.458,83	4.367.526,72	60,12	4.221.774,45	58,12	4.205.924,20	57,90	145.752,27
Despesas Correntes	4.081.000,00	5.177.402,30	3.602.429,02	69,58	3.526.584,18	68,11	3.525.369,58	68,09	75.844,84
Despesas de Capital	38.160,00	2.087.056,53	765.097,70	36,66	695.190,27	33,31	680.554,62	32,61	69.907,43
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (XXXIII)	0,00	350.000,00	299.532,60	85,58	141.685,25	40,48	141.685,25	40,48	157.847,35
Despesas Correntes	0,00	350.000,00	299.532,60	85,58	141.685,25	40,48	141.685,25	40,48	157.847,35
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO (XXXIV)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA SANITÁRIA (XXXV)	73.670,00	171.199,01	56.092,51	32,76	52.674,11	30,77	52.674,11	30,77	3.418,40
Despesas Correntes	47.170,00	161.499,01	56.092,51	34,73	52.674,11	32,62	52.674,11	32,62	3.418,40
Despesas de Capital	26.500,00	9.700,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (XXXVI)	93.810,00	351.810,00	302.930,03	86,11	302.930,03	86,11	302.930,03	86,11	0,00
Despesas Correntes	90.630,00	348.630,00	302.930,03	86,89	302.930,03	86,89	302.930,03	86,89	0,00
Despesas de Capital	3.180,00	3.180,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (XXXVII)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES (XXXVIII)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Sistema de Informações Municipais - Acompanhamento Mensal (SIM-AM), Tribunal de Contas do Estado do Paraná
 Dados processados em: 08/02/2024 02:11 | Relatório emitido em: 05/04/2024 09:12

Fonte: Prefeitura Municipal de Mandaguauçu

Na sequência, aplica-se a avaliação da execução orçamentária e financeira proposta por Funcia e Cofin/CNS, para o terceiro quadrimestre de 2023, ou seja, de janeiro a dezembro daquele ano (**Quadro 8**), com o objetivo de subsidiar a análise e elaboração de parecer conclusivo.

Quadro 8: Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira da Prefeitura de Mandaguauçu - 2023

Subfunção	Nível de Empenho (%)	Classificação	Nível de Liquidação (%)	Classificação
Atenção Básica	60,12	Inaceitável	58,12	Inaceitável
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	85,58	Inadequado	40,48	Inaceitável
Suporte Profilático e Terapêutico	0	Inaceitável	0	Inaceitável
Vigilância Sanitária	32,76	Inaceitável	30,77	Inaceitável
Vigilância Epidemiológica	86,11	Inadequado	86,11	Inadequado
Alimentação e Nutrição	0	Inaceitável	0	Inaceitável

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A análise da execução orçamentária e financeira da Prefeitura de Mandaguauçu, no ano de 2023, revela situação preocupante na área da saúde. Das seis subfunções avaliadas em nível

de empenho¹⁸, duas foram classificadas como inadequadas e quatro inaceitáveis. Na avaliação em nível de liquidação¹⁹, uma subfunção foi classificada como inadequada e cinco como inaceitáveis.

A visualização do **Quadro 8** desnuda a situação caótica da gestão da saúde. A transparência, exaustivamente procurada no DigiSUS Gestor, mostra-se cristalina a partir da avaliação proposta e favorece o controle social que, embasado por prova contundente e incontestável, deve mostrar sua força e lutar pela melhoria da saúde pública de Mandaguaiçu.

¹⁸ Empenho: aloca parte dos recursos orçamentários para credor devidamente identificado (Funcia, 2018).

¹⁹ Liquidação: atestação da autoridade pública do cumprimento, nos termos contratados, do objeto da contratação que deu causa ao referido empenho, ou seja, a entrega do bem ou prestação do serviço (Funcia, 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao projetar esta pesquisa, a autora teve como objetivo analisar a contribuição do Sistema DigiSUS Gestor/ Módulo Planejamento na transparência da gestão da saúde e no controle social do Município de Mandaguaçu, Paraná. Partindo da avaliação das ferramentas disponibilizadas pela plataforma digital, identificou limitações e lacunas que demandam aprimoramento e elaborou sugestões que podem facilitar o processo de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, retroalimentando o ciclo de planejamento e gestão e, conseqüentemente, fortalecendo o controle social.

Dentre os pontos mais relevantes do DigiSUS identificou-se a integração dos instrumentos de gestão, a padronização dos relatórios de prestação de contas e avanços na transparência da gestão, ao permitir o acesso público às informações.

Dentre as limitações identificadas, encontram-se barreiras de acessibilidade à plataforma e dificuldades de interação entre os sistemas de informação que possuem interface com o DigiSUS, gerando, na transmissão dos dados, barreiras que prejudicam a análise dos documentos pelos conselheiros, em tempo oportuno. A ausência de informações ou remoção de dados por inconsistências não deixa claro se o problema se deu na coleta e transmissão de dados pelo município ou se é um problema técnico, com origem nos próprios sistemas de informação. Apesar da intenção de facilitar a análise do controle social, alguns dados são insuficientes para a compreensão da realidade apresentada, e a falta de capacitação técnica dos conselheiros de saúde fragiliza as análises e considerações.

No tocante aos instrumentos de gestão do município avaliado, atrasos na elaboração da Programação Anual de Saúde demonstram desconexão entre instrumento de gestão e peça orçamentária. Como consequência, a ausência de previsão orçamentária realista e compatível com as ações propostas ocasiona descumprimento de metas, por inviabilidade financeira ou má alocação de recursos, o que compromete a credibilidade do planejamento.

Dentre as limitações da pesquisa encontra-se a dificuldade em localizar referências com a mesma temática e com a mesma especificidade da aqui proposta. Em geral, os estudos sobre transparência na administração pública são restritos à Lei de Acesso à Informação e a divulgação nas plataformas digitais governamentais. Na literatura internacional começam a multiplicar-se estudos que se referem à percepção dos cidadãos em relação à transparência das informações disponibilizadas, e como a inteligência artificial pode contribuir nesse quesito.

No entanto, o DigiSUS Gestor sendo um sistema exclusivo do Brasil, com implantação recente e com divulgação quase restrita a gestores e conselheiros de saúde, torna-se um desafio para o pesquisador. Desde dificuldades em traduzir transparência e controle social em indicadores mensuráveis até a subjetividade nas análises, que demandam conhecimento técnico que variam conforme a capacidade do avaliador.

Outra limitação desta pesquisa está na avaliação de um único município, que apresenta sérios problemas estruturais, desde a falta de servidores, explicitada nas recomendações do Conselho Municipal de Saúde durante os seis anos avaliados, até a frequente troca de gestores da saúde. Ademais, a falta de equipe técnica especializada em auditoria e monitoramento, falhas de interlocução intersetorial e a falta de capacitação técnica dos conselheiros de saúde, trazem impactos negativos tanto na gestão, que parece estar sempre iniciando, quanto no controle social, o que prejudica a transparência no setor da saúde.

No âmbito dos resultados, a pesquisa sugere a necessidade de pesquisa de campo, com usuários do sistema em outros municípios, de forma a confirmar se o problema está na plataforma e na interação entre os sistemas de informação ou se o problema está no município, onde a coleta de dados se dá.

No que concerne aos avanços reais de sistema DigiSUS Gestor, há que se considerar que nenhuma estrutura tecnológica, por si só, será capaz de promover a transparência na gestão da saúde e fortalecer o controle social, se não houver acesso a dados fidedignos, atualizados e ofertados em momento oportuno. Existe a necessidade de capacitação de equipe técnica da administração pública e dos conselheiros de saúde, para que se promova a análise crítica dos instrumentos de gestão, retroalimentando o ciclo de planejamento, de forma assertiva, evitando uma aprovação burocrática. Que a transparência não seja só *de jure*, mas, que seja percebida *de facto*.

REFERÊNCIAS

BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública** 12 (2). Jun. 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200016>. Acesso em: 04 mai. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04 set. 2024.

BRASIL. **Lei n. 8080, 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. Brasília, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 set. 2024.

BRASIL. **Lei n. 8142, 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. Brasília, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 04 set. 2024.

BRASIL. **Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 01 out. 2024

BRASIL. **Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em 23 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde** / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Série A. Normas e manuais técnicos. 102 p. Brasília, 2011b. Disponível em: file:///C:/Users/Administrador/Downloads/manual_orcamento_financas_cns.pdf. Acesso em: 04 mar. 2025.

BRASIL. **Lei Complementar Federal n. 141, de 13 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 01 out. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, 2012b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 04 set. 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 06 jun. 2024.

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: MS, 2017. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 19 out. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 750, de 29 de abril de 2019**. Altera a Portaria de Consolidação n. 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento (DGMP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html. Acesso em: 08 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DigiSUS Gestor Módulo Planejamento: manual do usuário**. Brasília: MS, 2021a. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/>. Acesso em: 09 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa n.7/2021 -CGFIP/DGIP/SE/MS, de 19 de setembro de 2021**. Sobre procedimentos aplicáveis diante da ausência de instrumentos de planejamento em saúde. Brasília: MS, 2021b. Disponível em: <C:/Users/Administrador/Downloads/1GZcMXwwjifP7aejXNAR9BVMrkHfHjGaXmZ4jhb2.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 20/2021-DGIP/SE/MS**. Sobre o processo de Pactuação Interfederativa de Indicadores. Brasília, 2021c. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/Tl4NlrARTMoKJY9LfVee0mHMIqP9zGFvZIAMoc8I.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2025

BRASIL. **Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114536.htm. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica: SUS ganha mais transparência e eficiência com nova base de dados nacional**. Brasília, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/sus-ganha-mais-transparencia-e-eficiencia-com-nova-base-de-dados-nacional>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. Histórico. Brasília, 2024b. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis - DAENT**. Apresentação. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. gov.br. 2024c. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sim/apresentacao/>. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Brasília, 2025a. Disponível em: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/taxa-de-cobertura-de-planos-de-saude>. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica**. Rename 2024 traz atualização em tempo real para medicamentos do SUS. Brasília, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/renome-2024-traz-Atualizacao-em-tempo-real-para-medicamentos-do-sus>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília** 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/pnvs>. Acesso em: 11 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Orçamentos públicos de Saúde**. Brasília, 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica**. Brasília, 2025e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/horus>. Acesso em: 15 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Catálogo de Produtos DATASUS**. Brasília, [s.d]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/Catalogo-de-Produtos-DATASUS.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, jan. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt#>. Acesso em: 11 set. 2024.

CARVALHO, Josué de Lima. **Execução orçamentária dos recursos financeiros do SUS: análise da transparência e de sua aplicação na região metropolitana de Santarém-PA**. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida) – Universidade Federal do Oeste do Pará. Santarém, 2022. Disponível em: file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Dissertacao_Execu%C3%A7%C3%A3oOr%C3%A7ament%C3%A1riaDosRecursos.pdf. Acesso em: 28 jun. 2024.

CAVALCANTE; Amanda Araujo; MAGDALENA, Patricia Cristina; MORIGUCHI, Cristiane Shinohara. Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde. **Saude soc.**, v. 32, n. 1, 2023. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210866pt>. Acesso em: 26 jun. 2024.

CONASEMS. Manual do(a) Gestor (a) Municipal do SUS: **“Diálogos no Cotidiano”**. 2.ed. revisada, ampliada. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/Administrador/Downloads/manual_do_gestor_F02_tela.pdf. Acesso em: 15 abr. 2025

COSTA, Telma Ferreira Farias Teles; LANZARA, Arnaldo. Políticas sociais e orçamento público em um estado de exceção permanente (2013-2021). **Serv. Soc. Soc.**, v. 147, n. 2, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.363>. Acesso em: 22 jun. 2024

ESPÍNDOLA, Gustavo Manoel. **Ressignificação do planejamento em saúde: uma proposta para o município de Balneário Camboriú**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas). Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Itajaí, 2022.

Disponível em: Disponível em:

file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Gustavo%20Manoel%20Esp%C3%ADndola%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 27 jun. 2024

FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; SILVA, Andréia Neves; MATHIS, Armin. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1911-1919, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014196.08062013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8XGwzdghbLsMWXQCgPSvbWF/>. Acesso em: 15/05/2025.

FAUSTINO, Rafael. Entenda por que o Twitter virou X. **Época Negócios**. 2023. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/tecnologia/noticia/2023/12/por-que-o-twitter-virou-x-entenda-a-mudanca-feita-por-elon-musk.ghtml#:~:text=A%20ideia%20era%20criar%20um,em%20um%20post%20no%20X>. Acesso em: 02 mar. 2025.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia**. Edições Loyola, São Paulo. 2011. Disponível em: file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Integra%C3%A7%C3%A3o%20Interdisciplinaridade%20no%20Ensino%20Brasileiro%20-%20Ivani%20Fazenda.pdf. Acesso em: 05 jun. 2024.

FERRY, Laurence; MIDGLEY, Henrique. Are public sector accounts trusted? Exploring the verdict of the Public Administration and Constitutional Affairs Committee in the United Kingdom. **Public Admin.** v. 102, p. 1450–1467. United Kingdom. 2024. <https://doi.org/10.1111/padm.12983>. Acesso em: 27 set. 2025

FIGUEIREDO, Inês Dolores Teles, TORRES Geanne Maria Costa, CÂNDIDO, José Auricélio Bernardo; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; PINTO, Antonio Germane Alves; DE ALMEIDA, Maria Irismar. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, vol. 8, núm. 1, pp. 27-38, 2020. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497962779006/html/>. Acesso em: 09 jun. 2024.

FORNAZIN, Marcelo; RASHID, Raquel Requena; COELHO NETO, Giliate Cardoso. A saúde digital nos últimos quatro anos e os desafios para o novo governo. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 753-758, out.- dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v16i4.3515>. Acesso em: 25 ago. 2025

FUGINAMI, Cássio Noboro; COLUSSI, Claudia Flemming; ORTIGA, Angela Maria Blatt. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas secretarias municipais de saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, V. 44, N. 126, P. 857-870, JUL-SET 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MbJGP6zfSjvLR3h3j5NZZwL/?lang=pt>. Acesso em: 11 mai. 2024

FUNCIA, Francisco Rózsa. **Controle social na gestão do SUS: um estudo do processo de avaliação da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde**. Tese (Doutorado em Administração). São Caetano do Sul, 2022.

Disponível em: <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/TESE%20-%20FRANCISCO%20R%C3%93ZSA%20FUNCIA.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2024.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Parâmetros referenciais para a análise da execução orçamentária e financeira das ações e serviços públicos de saúde. **Domingueira N° 23** - Agosto 2018. IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Disponível em:

<https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-23-agosto-2018#a0>. Acesso em: 22 ago. 2025

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas SA. 2008.

JANUZZI, Paulo de Martino. Avaliação de programas sociais no Brasil: Repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S. l.], n. 36, 2022. Disponível em: [//www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/228](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/228). Acesso em: 27 fev. 2025.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica: métodos científicos, técnicas de pesquisa, elaboração de referência bibliográficas**. São Paulo: Atlas, 2021. 9.ed. 350p.

MAHUWI, Leticia; ISRAEL, Baraka. Promoting transparency and accountability towards anti-corruption in pharmaceutical procurement system: does e-procurement play a significant role? **Management Matters**. Tanzânia. 2024. 21 (1): 20–37. <https://doi.org/10.1108/MANM-07-2023-0027>. Acesso em: 27 set. 2025.

MANDAGUAÇU. Digisus Gestor/Módulo Planejamento - 2018-2023. Mandaguaçu, 2023. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/>. Acesso em:

MANDAGUAÇU. Lei n. 1.746, de 01 de setembro de 2011. Dispõe sobre o plano de cargos, carreira e vencimentos dos servidores públicos municipais da Prefeitura Municipal de Mandaguaçu. 2011. Disponível em <https://leismunicipais.com.br/a1/plano-de-cargos-e-carreiras-mandaguacu-pr>. Acesso em 14/05/2025.

MANDAGUAÇU. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Disponível em: [file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde%202022-2025%20final%20\(2\)-2.pdf](file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde%202022-2025%20final%20(2)-2.pdf). Acesso em: 30 ago. 2025

MANDAGUAÇU. Prefeitura Municipal. Página inicial. 2025. Disponível em: <https://www.mandaguacu.pr.gov.br/>. Acesso em: 29 ago. 2025

MARINI, Eduardo. As diferenças entre fake news, pós-verdade, deepfakes e o papel da escola. **Educação**. Notícias. 2020. Disponível em: <https://revistaeducacao.com.br/2020/05/18/fake-news-deepfakes-escola/>. Acesso em: 02 mar. 2025.

MARQUES, Maria Cristina; CARVALHO, Erasmo Moreira; SIENA, Osmar. Transparência na Administração Pública: uma Revisão de Escopo. 22ª USP International Conference in Accounting. São Paulo. 2022. Disponível em:

<https://congressosp.fipecafi.org/anais/22uspinternational/ArtigosDownload/3839.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2000.v5n1/7-18/pt>. Acesso em: 11 set. 2024.

MOTA, Virgínia de Albuquerque; ARAÚJO JÚNIOR, Rogério Henrique. Limitações do acesso à informação sobre contratação pública em saúde no Brasil à luz da Lei de Acesso à Informação uma revisão integrativa da literatura. **RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas, SP, v. 19, n. 00, p. e021011, 2021. DOI: 10.20396/rdbci.v19i00.8664607. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/8664607>. Acesso em: 09 jul. 2025.

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. O financiamento federal dos CAPS no Brasil: a caixa de Pandora. **Serviço Social & Sociedade**, v. 147, n. 2, p. e-6628383, 2024. Disponível em: <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/wWsf0I-5.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2025.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Assistência Farmacêutica**. Curitiba, 2025. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Farmacia>. Acesso em: 15 ago. 2025

PAZ, Adriana Aparecida; PAULA, Alloma Christine de Madureira; LIMA, Ananda Miranda; CASTRO, Gisele Lopes; SILVA, Mayara Casagrande Batista; SILVA, Lunara Teles. (2025). Health dashboard for information management in cervical cancer screening. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 33, p. e4446, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7084.4446>. Acesso em: 19 ago. 2025.

PIAUI. Tribunal de Contas. **Levantamento sobre instrumentos de planejamento do SUS nos municípios piauienses, processo TC nº 002058/2025**. Terezina, 2025. Disponível em: <https://www.tcepi.tc.br/tce-pi-divulga-levantamento-sobre-os-instrumentos-de-planejamento-do-sus-nos-municipios-piauienses>. Acesso em: 27/07/2025

POSSOLLI, José Luiz; VIEIRA, Reginaldo de Souza A transparência das informações sobre os investimentos nas ações e serviços públicos de saúde em uma região do Estado de Santa Catarina. **HOLOS**, v. 5, p. 1–15, 2020. DOI: 10.15628/holos.2020.6088. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/6088>. Acesso em: 12 jun. 2024

ROCHA, Maricélia Braga; MOREIRA, Diane Costa; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00241718, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00241718. Acesso em: 14 ago. 2025.

RODRÍGUEZ-NAVAS, Pedro Molina; MORALES, Narcisa Medranda; LALINDE, Johamna Muñoz. Transparency for participation through the communication approach. **ISPRS International Journal of Geo-Information**. v.10, n. 9. Basel, Switzerland. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijgi10090586>. Acesso em: 26 set. 2025

SALVADOR, Miriam; INCLÁN, Daniel del Valle. 2025. Transparency in Public Management: A Key Element in the Fight against Corruption. Challenges in Public Policy and Administration [Working Title]. **IntechOpen**. United Kingdom. 2025. DOI:10.5772/intechopen.1011297. Acesso em 25 set. 2025.

SANTOS JÚNIOR, Edmilson Alves dos; VERONEZ JUNIOR, Wilson Roberto; POLONINI, Janaina Fernandes Guimarães. Necesidades de información de los usuarios de información en salud: perspectiva para la promoción de la salud y el bienestar. **Revista EDICIC**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 1–12, 2023. DOI: 10.62758/re.v3i2.200. Disponível em: <https://ojs.edicic.org/revistaedicic/article/view/200>. Acesso em: 9 feb. 2025.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos; PRADO, Nília Maria de Brito Lima; SILVEIRA, Débora Carolina dos Santos; MACIEL, Fernanda Beatriz Melo; SANTOS, Thadeu Borges Souza; TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Participação social na elaboração dos planos municipais de saúde em capitais brasileiras durante a pandemia de COVID-19. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 28, n. 12. 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.20482022>. Acesso em: 23 abr. 2024

SÃO PAULO. **Guia de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. São Paulo. 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1400966/18082021_guia_elaboracao_pms_2022_2025_final.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025

SCHÖNHOLZER, Tatiele Estefâni; ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado; AMARAL, Gabriela Gonçalves; FABRIZ, Luciana Aparecida; SILVA, Brenner Santos; PINTO, Ione Carvalho. Indicadores de desempenho da atenção primária do Programa Previne Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 31. 2023 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6640.4009>. Acesso em: 15 jul. 2024

SILVA, Alessandra Pereira; AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Planejamento estratégico em uma instituição pública de saúde de 2012 a 2022: implicação das percepções da força de trabalho e decisões gerenciais. **Saude soc.**, v. 32, n. 1, 2023. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200871pt>. Acesso em: 7 mai. 2024

SILVA, Amanda Kellen Pereira; PEDROSA, Claudia Mara; XAVIER, Mayra Fernandes; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Foco na satisfação dos usuários como estratégia participativa para fomentar o acesso e a qualidade da atenção primária à saúde do Distrito Federal. **Saude soc.**, v. 32. 2023. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220931pt>. Acesso em 3 mai. 2024

TRAUTENDORFER, Julia; EDER, Nina. Does Transparency Reach Citizens? National Accountability Mechanisms and Public Perceptions in Europe. **Governance**. United Kingdom. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/gove.70041>. Acesso em: 26 set. 2025.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti; SERVO, Luciana Mendes Santos; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Gasto total dos municípios em atenção primária à saúde no Brasil: um método para ajuste da despesa declarada de 2015 a 2020. **Cad. Saúde Pública** 38 (5). 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT280221>. Acesso em: 10 mai. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Acesso ao DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento

O percurso traçado para acessar os documentos inseridos no DGMP tem início com o acesso à plataforma DigiSUS Gestor no endereço eletrônico: <https://digisusgmp.saude.gov.br>.

A página se abre tanto para o acesso restrito aos três perfis autorizados, necessitando do e-mail e da senha do usuário, devidamente cadastrado; quanto para o acesso público, como mostra a **Figura 1**.

Figura 1- Página inicial do DGMP



Fonte: DigiSUS Gestor Módulo Planejamento

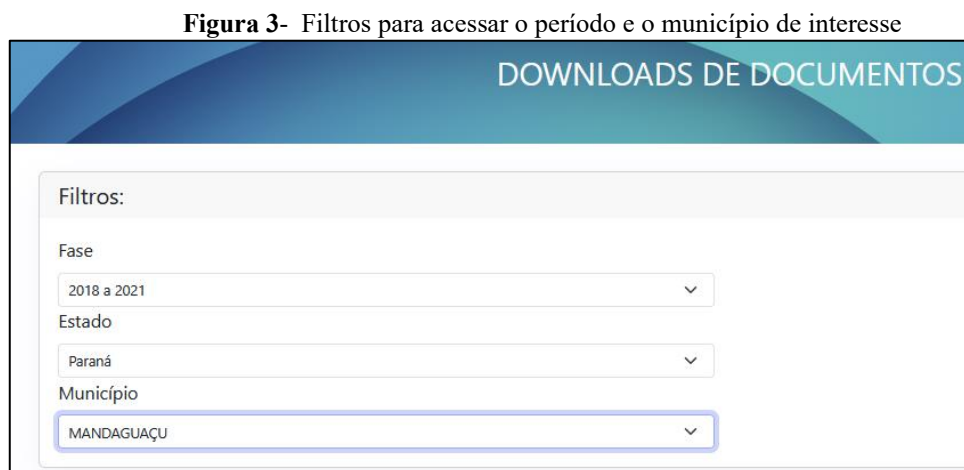
Ao clicar no acesso público, abre-se um rol de opções, com informações diversas que vão desde painéis com dados nacionais e estaduais de elaboração dos instrumentos de gestão até a possibilidade de *download* de documentos, como mostra a **Figura 2**.

Figura 2- Opções para acesso público no DGMP



Fonte: DigiSUS Gestor Módulo Planejamento

Ao clicar em *download* de Documentos, selecionam-se os filtros, objetivando as fases municipais ou estaduais e o período. No caso em tela, aplica-se o filtro por município; fases 2018 – 2021 e, posteriormente, 2022 – 2025. A seguir seleciona-se o Estado e o Município de interesse, como mostra a **Figura 3**.



Fonte: DigiSUS Gestor Módulo Planejamento

Abre-se então nova tela, para que se escolha o instrumento de gestão de interesse: O Plano de Saúde 2018-2021; a Pactuação; a Programação Anual de Saúde, os três RDQA e os RAG de cada um dos quatro anos. Ao se alterar o filtro para 2022-2025, abrem-se os mesmos instrumentos, com seus respectivos anos, com exceção da Pactuação. A **Figura 4** mostra o status do RAG de 2018 a 2021.

Figura 4 - Status do RAG 2018 a 2021

RAG			
ANO	STATUS	DATA DA ÚLTIMA OCORRÊNCIA	DOCUMENTOS
2018	Aprovado	03/02/2021	☰
2019	Aprovado	11/02/2021	☰
2020	Aprovado	30/03/2021	☰
2021	Aprovado	14/09/2022	☰

Fonte: DigiSUS Gestor Módulo Planejamento

Ao clicar em Documentos, abre-se o menu de *download*, como apresentado na **Figura 5** e ao se baixar o arquivo, se estará apto a iniciar a avaliação dos instrumentos de gestão.

Figura 5- Download do instrumento de gestão

Documentos Vigentes			
TIPO DOC.	OCORRÊNCIA	DATA	DOWNLOAD
Relatório Anual de Gestão		03/02/2021	
Aprovar		03/02/2021	

Documentos Anteriores			
TIPO DOC.	OCORRÊNCIA	DATA	DOWNLOAD
Relatório Anual de Gestão		29/01/2021	

Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar

Fonte: DigiSUS Gestor Módulo Planejamento

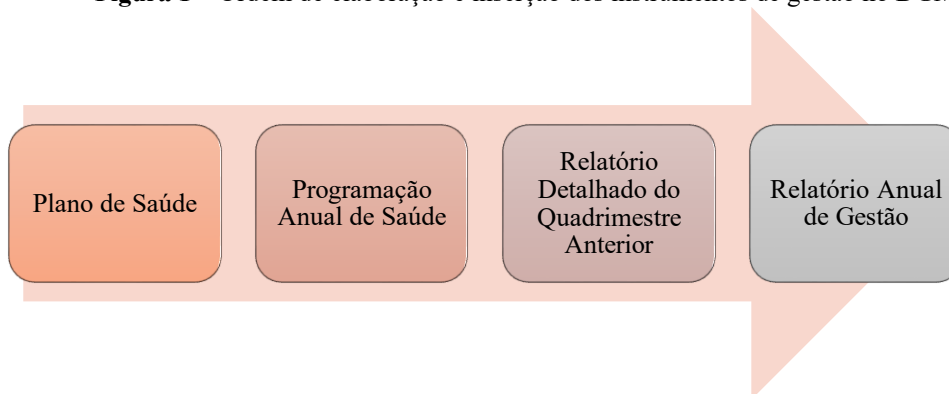
APÊNDICE B – Prazos dos Instrumentos de Gestão

Os instrumentos de gestão são disponibilizados no DigiSUS-Gestor Módulo Planejamento - DGMP por ciclo, de forma interligada. O primeiro documento a ser elaborado, de forma física, é o Plano de Saúde, com suas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). Após a inserção desse documento na plataforma, é liberada a Programação Anual de Saúde, cujas DOMI migram automaticamente, restando a inserção das ações a serem realizadas.

A cada ano, a PAS tem que ser atualizada, inserindo as ações que ainda se façam necessárias para atingir o objetivo, assim como a previsão orçamentária para o período. Após a conclusão da PAS, abre-se a plataforma para a elaboração dos relatórios (RDQA e RAG), conforme a temporalidade de cada um.

A **Figura 1** apresenta os instrumentos de gestão do SUS por ordem de elaboração, salientando-se que o plano de saúde e a programação anual de saúde devem ser anexados na íntegra no DGMP. Caso não sejam inseridos, não existe a possibilidade de acesso aos relatórios trimestrais e ao relatório anual de gestão.

Figura 1 – Ordem de elaboração e inserção dos instrumentos de gestão no DGMP



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

O DGMP possui, portanto, todas as ferramentas reunidas, para que sejam realizados, periodicamente, o monitoramento e a avaliação dos serviços, que se prestariam a subsidiar o planejamento, ou seja, a confecção da Programação Anual em Saúde, com as DOMI.

No **Quadro 1** são apresentadas as datas de habilitação para preenchimento dos instrumentos de gestão no DGMP e os prazos para a apresentação aos conselhos municipais de saúde, no ano de 2023.

Quadro 1 - Período de habilitação dos instrumentos de gestão no DGMP no exercício 2023

Instrumentos de Gestão	Período de habilitação para preenchimento no DGMP	Prazo para apresentação ao Conselho e realização da Audiência Pública da Saúde
PMS	Não é encaminhado aos Conselhos de Saúde via sistema DGMP	Antes do envio do PPA para a Câmara Municipal
PAS	Não é encaminhada aos Conselhos de Saúde via sistema DGMP	Antes do envio da LOA para a Câmara
1RDQA	1º de Maio 2023	30 de abril de 2023
2RDQA	1º de Setembro de 2023	30 de setembro de 2023
3RDQA	1º de Janeiro de 2024	28 de fevereiro do ano subsequente à execução
RAG	1º de Janeiro de 2024	30 de março do ano subsequente à execução

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

O processo orçamentário da Administração Pública possui um rito definido pelo Art. 165 da Constituição Federal e pela Lei Orgânica Municipal, e é inter-relacionado com os Instrumentos de Gestão do SUS, tendo início com a elaboração do PMS em consonância com o Plano Plurianual (PPA). A construção do PMS toma por base os três últimos RDQA, que contribuem para a análise situacional da saúde, além das diretrizes apontadas pelo Conselho de Saúde e o estabelecimento de objetivos, metas e indicadores a serem alcançados ao longo de um período de 4 anos.

O PPA deve conter os objetivos, as diretrizes e metas de todo um ciclo de gestão e se constitui no real programa de governo. Tanto o PMS quanto o PPA têm a duração de 4 anos e começam a vigorar no ano seguinte à posse da nova gestão, com seu encerramento previsto para um ano após o término do mandato, de forma a garantir a continuidade da gestão.

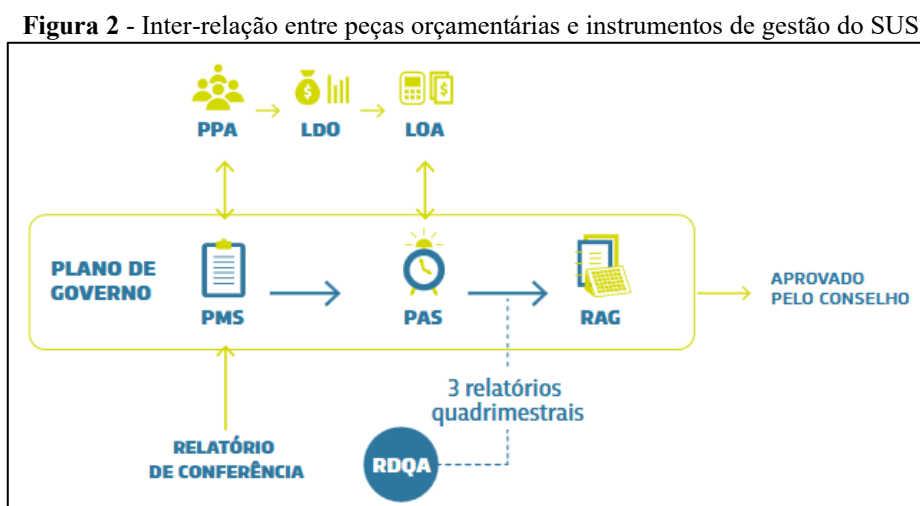
No PPA devem constar as prioridades gerais e por área, no caso a Saúde. O prazo para encaminhamento do Projeto de Lei pelo prefeito para a votação na Câmara de Vereadores, é de 4 meses antes do término do 1º ano de mandato, ou seja, até 31 de agosto; e a sanção da Lei pelo Prefeito deve se dar até o encerramento das atividades legislativas (Brasil, 1988; 1990; 2011). Portanto, o PMS deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), antes do PPA ser encaminhado para a Câmara Municipal.

Concomitantemente, a Administração Pública elabora a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) anualmente, e define as prioridades da administração para o ano seguinte. Seus objetivos são orientar a elaboração do orçamento anual; dispor sobre alterações na legislação tributária; e estabelecer a política de aplicação das agências de fomento. Na LDO não se determinam valores específicos, mas se pode, por exemplo, definir percentuais de recursos próprios a serem aplicados em determinadas áreas, como a Saúde, caso estas já não estejam determinadas na Lei Orgânica Municipal. O prazo de envio da LDO para a Câmara é até 15 de abril e ela deve ser

aprovada e enviada para sanção do prefeito, até 30 de junho. Os vereadores não podem entrar em recesso de meio do ano, sem ter aprovado a LDO (Brasil, 2011).

A elaboração da Programação Anual da Saúde - PAS deve estar em consonância com a LDO e a Lei Orçamentária Anual (LOA) e seu encaminhamento ao CMS para aprovação deve ocorrer antes da data de encaminhamento da LDO à Câmara de Vereadores. A PAS descreve as ações a serem realizadas para conseguir atingir as metas e, conseqüentemente, os objetivos apontados nas diretrizes, com a previsão orçamentária definida na LOA. Esta trata, basicamente, da previsão dos valores que o município vai arrecadar, por fonte (arrecadação própria de impostos e taxas, repasses federais e estaduais, convênios e outros), e quanto e onde vai gastar, por área, por item de despesa (rubrica) e por fonte de arrecadação. Não define exatamente o que pode ser gasto em cada rubrica, contudo, não se pode gastar mais do que o previsto, sem que seja aprovado um novo projeto de lei de suplementação orçamentária. A Câmara não pode alterar receitas, gasto com pessoal, nem gastos com obras que estejam em andamento. O prazo de envio da LOA para a Câmara é até 31 de agosto; a análise, discussão e aprovação pela Câmara para sanção do prefeito deve se dar até o encerramento da sessão legislativa, em dezembro (Brasil, 2011).

A **Figura 2** mostra a inter-relação entre as peças orçamentárias e os instrumentos de gestão do SUS, enquanto o **Quadro 2** apresenta os prazos das peças orçamentárias da Administração pública.



Fonte: Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS (CONASEMS, 2019)

Quadro 2 - Prazos das peças orçamentárias

Peças orçamentária	Prazo de envio para a Câmara Municipal	Prazo para a sanção do prefeito
PPA	31 de agosto	Antes do encerramento das atividades legislativas, em dezembro
LDO	15 de abril	30 de junho
LOA	31 de agosto	Antes do encerramento das atividades legislativas, em dezembro

Fonte: Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde (Brasil, 2011b)

APÊNDICE C – Despesa Pública

A Lei Orçamentária Anual é o instrumento em que se estima a receita e se detalha a despesa programada no PPA (PMS) e priorizada na LDO (PAS) visando à sua realização (RDQA e RAG), a partir da receita que será arrecadada

A estimativa da receita é a base de cálculo para definição do valor mínimo a ser gasto em ações e serviços de saúde (mínimo de 15% para os municípios).

Dentre as receitas recebidas pelos municípios, estão as transferências intergovernamentais, que devem ser acompanhadas e fiscalizadas pela área da saúde, bem como pelos respectivos conselhos, pois existe a necessidade de conciliação entre as informações disponibilizadas no site do Ministério da Saúde sobre os repasses efetuados e a efetiva arrecadação ocorrida por meio bancário pelos entes da Federação.

As despesas são identificadas e organizadas em dotações orçamentárias, por meio da Classificação Funcional-Programática, de acordo com a função, subfunção, programas e ações que se pretende realizar. O **Quadro 1** apresenta a estrutura básica da classificação funcional-programática, com exemplos.

Quadro 1: Estrutura básica da Classificação Funcional-Programática

Nível	Detalhamento	Exemplo
Função	Representa o maior nível de agregação de despesas que compete ao governo.	Saúde
Subfunção	Detalha a função, mostrando o campo específico de atuação	Atenção Básica
Programa	Traduz os objetivos do governo em programas	Programa Saúde da Família
Ação	Medida concreta para executar o programa	Manutenção das Equipes de Saúde da Família

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A codificação das funções e subfunções são as mesmas para os orçamentos da União, dos estados e dos municípios, no entanto, a codificação dos programas, atividades e operações especiais são diferentes entre os entes federativos. A **Função 10** corresponde à Saúde e as subfunções a elas vinculadas são seis, como mostra o **Fluxograma 1**.

Fluxograma 1 – Subfunções da Saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

O **Quadro 2** descreve as subfunções e detalha os tipos de ações a serem desenvolvidas por cada uma delas.

Quadro 2: Descrição das subfunções da saúde e tipo de ações a serem desenvolvidas

Subfunção	Descrição	Tipo de ações desenvolvidas
301 – Atenção Básica	Serviços de atenção primária à saúde	Voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação
302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Serviços de média e alta complexidade	Destinadas à cobertura de despesas com internações hospitalares e tratamento ambulatorial, incluindo exames necessários ao diagnóstico e tratamento de doenças
303 – Suporte Profilático e Terapêutico	Apoio diagnóstico, terapêutico e farmacêutico	Voltadas para a produção, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral.
304 – Vigilância Sanitária	Fiscalização e regulação sanitária	Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde
305 – Vigilância Epidemiológica	Monitoramento e prevenção de doenças	Que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
306 – Alimentação e Nutrição	Promoção da alimentação saudável e prevenção da desnutrição	Que promovam alimentação adequada e saudável, prevenção e controle dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (sobretudo obesidade, desnutrição e necessidades alimentares especiais), qualificação profissional, assim como articulação intersetorial para promoção da segurança alimentar e nutricional

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

É comum observar na Função Saúde a utilização de subfunções vinculadas a outras funções de governo. Isso pode ser feito desde que seja despesa com saúde, sendo as mais frequentes:

- 121 – Planejamento e Orçamento
- 122 – Administração Geral
- 123 – Administração Financeira
- 131 – Comunicação Social

- 843 – Serviço da Dívida Interna
- 844 – Serviço da Dívida Externa
- 845 – Transferências
- 846 – Outros Encargos Especiais

O Elemento de Despesa tem por finalidade identificar os objetos de gasto e expressa o último nível de detalhamento da despesa que deve constar obrigatoriamente na Lei Orçamentária Anual. Essa classificação é a mesma para o enquadramento das despesas da União, estados e municípios. Os elementos de despesas mais utilizados são:

Despesas Correntes: Despesas de custeio para manutenção e funcionamento dos serviços públicos. Não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.

- 11 – Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil
- 13 – Obrigações Patronais
- 30 – Material de Consumo, Serviços e Outros
- 32 - Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuita
- 33 - Passagens e Despesas com Locomoção
- 35 - Serviços de Consultoria
- 36 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física
- 37 - Serviços de Limpeza, Vigilância e Outros - Pessoa Jurídica
- 39 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica

Despesas de Capital: despesas que contribuirão para a produção ou geração de novos bens ou serviços e integrarão o patrimônio público, ou seja, contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.

- 51 – Obras e Instalações
- 52 – Equipamentos e Material Permanente

Existe a possibilidade de anulação e remanejamento de recursos entre dotações orçamentárias, desde que autorizado pelo Poder Legislativo.

A execução orçamentária e financeira representa a etapa de implantação da LOA e possibilita o monitoramento e a avaliação do planejamento expresso no PPA. A partir da execução orçamentária e financeira, podem ser desenvolvidos indicadores de desempenho da

gestão, que devem ser combinados com outros indicadores setoriais específicos, permitindo a combinação de elementos quantitativos e qualitativos de análise das políticas públicas em termos de atendimento às necessidades da população.

Principais Aspectos da Execução Orçamentária e Financeira

Execução Orçamentária:

Âmbito da Receita: Atos que transformam os valores estimados na LOA, em créditos para a entidade.

Âmbito da Despesa: Empenho, etapa que sucede a licitação e adjudicação do contrato e que requer reserva.

Execução Financeira:

Âmbito da Receita: Arrecadação e recebimento de valores aos cofres públicos (regime de caixa).

Âmbito da Despesa: Liquidação da despesa e pagamento da obrigação.

O **Quadro 3** apresenta o passo a passo necessário para o processamento da despesa pública.

Quadro 3: Processamento da despesa pública

Programação	A secretaria de saúde faz uma requisição de compra de um objeto, material, equipamento ou serviço, apresentando uma estimativa da despesa com três cotações de preços. Indica a dotação orçamentária e demais documentos necessários para a autorização da despesa e executa os procedimentos necessários para a abertura do processo de licitação.
Licitação	É selecionada a proposta mais vantajosa para adquirir o bem ou serviço
Empenho	É feita a reserva da dotação orçamentária para fazer frente à despesa, por meio da emissão de uma Nota de Empenho, o que garante que há dinheiro disponível para pagar a obrigação, sendo proibido realizar despesas sem prévio empenho.
Liquidação	A administração pública confere o recebimento do bem ou a prestação efetiva do serviço, com base em documentos como a Nota de Empenho e documentos fiscais. Após o setor de contabilidade certificar a regularidade da despesa, é programado o pagamento
Pagamento	Consiste na transferência do valor ao credor, realizado pela tesouraria do município.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

REFERÊNCIA:

PARANÁ. Manual Técnico de Orçamento. 2022. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sefa@6773a87e-1527-4b28-9676-67236ded449>. Acesso em: 10 set. 2025.

APÊNDICE D – Modelo de Prestação de Contas

Em 2019, a autora desta pesquisa fez parte da Comissão de Orçamentos, Finanças, Contratos e Convênios do CMS de Mandaguauçu, a qual elaborou uma planilha para identificar a utilização dos recursos destinados a ações e serviços de saúde, por considerar que as informações repassadas nas prestações de contas, não promoviam a transparência na gestão.

A cada quadrimestre a Comissão pesquisava no *site* da Prefeitura Municipal e montava um quadro, com os gastos referentes à saúde, separando em blocos de despesa com pessoal, urgência/emergência, especialidades, apoio e diagnóstico, medicamentos, frota, material de consumo, convênios, serviços básicos, investimentos e outros.

Ao final do 3º quadrimestre, com a totalização dos gastos, fizeram-se comparação entre as informações prestadas no RAG e SIOPS e apontaram-se em relatório, as inconsistências encontradas, contradições em informações, necessidade de complementação de dados, falta de transparências de alguns itens, e elaboraram-se sugestões para elaboração dos próximos relatórios baseados no trabalho efetuado. O objetivo era, além de dar transparência à utilização dos recursos públicos em saúde, indicar as correções de rumo necessárias.

A **Figura 1** apresenta a planilha utilizada no ano de 2019, com indicação dos dados que necessitavam de explicações adicionais.

Figura 1: Recursos financeiros utilizados na Saúde no ano de 2019 por quadrimestre

BLOCOS DE DESPESAS	DESCRIÇÃO	1º QUAD.	2º QUAD.	3º QUAD.
DESPESA COM PESSOAL	FOLHA DE PAGAMENTO	2.677.326,60	2.705.407,30	3.330.461,73
	CHAMAMENTO MÉDICOS	534.813,00	407.850,00	440.240,00
	CHAMAMENTO TÉCNICOS	28.163,71	3.813,38	52.883,43
	ESTAGIÁRIOS- CIEE	104.124,17	96.226,16	186.955,67
	DIÁRIAS	7.869,89	10.955,13	4.469,95
	MÉDICO AUDITOR	21.300,00	12.900,00	12.900,00
	PMAQ - PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA AB			37.979,65
URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	HOSP. S. LOURENÇO	258.085,00	248.448,60	243.980,10
	CONSORCIO SAMU	60.951,00	28.813,20	43.219,80
ESPECIALIDADES	CISAMUSP	188.067,86	209.382,56	172.611,21
APOIO E DIAGNÓSTICO	LAB.STA TEREZINHA	92.871,11	188.363,66	40.688,18
	FISIOTERAPIA	35.128,10	52.055,50	34.903,40
	RAIO-X			
MEDICAMENTOS	CONSORCIO PR SAÚDE-MUNIC	90.000,02	238.937,35	89.810,61
	DIETAS ESPECIAIS- NUTRIC.	2.461,70	34.388,00	20.237,30
FROTA	FARMÁCIA FORA DO CONSORCIO	18.257,77	61.515,30	24.813,66
	PEÇAS	31.667,04	6.484,20	9.111,17
	SERVIÇOS	4.923,86	9.450,00	2.452,30
	COMBUSTÍVEL	28.146,39	18.024,85	50.568,57
MATERIAL DE CONSUMO	SÁUDE BUCAL	30.745,89	20.627,05	15.319,95
	MÉDICO HOSPITALAR	67.173,17	24.528,58	166.269,84
	LIMPEZA / EXPEDIENTE / GÁS / GRÁFICA / ELET./HIDRÁULICO	11.234,31	13.660,28	21.067,13
OUTROS	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	6377,31	4560,76	26803,38
	OXIGÊNIO/GMUS/TFD/ PROC. CIRÚRGICOS/TARIFAS/ADANTAM ENTOS	83.882,96	60.793,02	20.160,82
CONVÊNIO	ANPR	3.828,75	8.000,00	8.000,00
	CASA DE APOIO CURITIBA	14.820,00	12.350,00	10.895,00
SERVIÇOS BÁSICOS	LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	34.810,00	33.150,00	35.600,00
	COPEL	80.637,23	19.092,84	33.881,90
	SANEPAR	3.885,11	7.667,39	11.121,08
	TELEFONE	15.713,77	15.797,06	16.006,88
	COLETA DE RESÍDUOS HOSPITALARES	6.900,00	2.300,00	13.800,00
INVESTIMENTO		113.202,80	437.072,00	52.215,00
TOTAL		4.607.066,42	5.071.985,95	5.289.427,61

Fonte: Comissão de orçamentos e finanças do CMS de Mandaguauçu

Para a avaliação do RAG 2019, realizaram-se a totalização dos valores, comparando os gastos previstos na LOA e os efetivamente realizados, como mostra a **Figura 2**.

Figura 2: Utilização de recursos financeiros em ações e serviços de saúde - 2019

BLOCOS DE DESPESAS	DESCRIÇÃO	1º QUAD.	2º QUAD.	3º QUAD.	TOTAL	TOTAL NO ANO
DESPESA COM PESSOAL	FOLHA DE PAGAMENTO	2.677.326,60	2.705.407,98	3.390.461,73	8.773.196,31	10.785.959,65
	CHAMAMENTO MÉDICOS	534.813,00	407.860,00	440.240,00	1.382.913,00	
	CHAMAMENTO TÉCNICOS	28.163,71	53.613,58	52.883,43	134.660,72	
	ESTAGIÁRIOS - CIEE	104.123,17	96.226,16	186.955,67	387.305,00	
	DIÁRIAS	7.869,89	10.565,13	4.469,95	22.904,97	
	MÉDICO AUDITOR	21.200,00	12.900,00	12.900,00	47.000,00	
	MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA AB			37.979,65	37.979,65	
URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	HOSP. S. LOURENÇO	258.083,00	248.448,60	243.980,10	750.511,70	883.495,70
	CONSÓRCIO SAMU	60.951,00	28.813,20	43.219,80	132.984,00	
ESPECIALIDADES	CISAMUSEP	188.067,86	209.382,56	172.611,21	570.061,63	570.061,63
APOIO E DIAGNÓSTICO	LAB.STA TEREZINHA	92.871,11	188.363,66	40.688,18	321.922,95	444.009,95
	FISIOTERAPIA	35.128,10	52.055,50	34.903,40	122.087,00	
	RAIO-X					
MEDICAMENTOS	CONSÓRCIO PR SAÚDE-MUN	90.000,02	238.937,35	89.810,61	418.747,98	580.421,71
	DIETAS ESPECIAIS- NUTRIC.	2.461,70	34.388,00	20.237,30	57.087,00	
	FARMÁCIA FORA DO CONSÓ	18.257,77	61.515,30	24.813,66	104.586,73	
FROTA	PEÇAS	31.667,94	6.434,20	9.111,17	47.213,31	190.789,08
	SERVIÇOS	4.923,86	9.459,90	2.452,20	16.835,96	
	COMBUSTÍVEL	28.146,39	48.024,85	50.568,57	126.739,81	
MATERIAL DE CONSUMO	SAÚDE BUCAL	30.745,89	20.627,05	15.319,95	66.692,89	408.358,65
	MÉDICO HOSPITALAR	67.173,17	24.529,58	166.269,84	257.972,59	
	LIMPEZA / EXPEDIENTE / GÁS / GRÁFICA / ELÉT./HIDR.	11.234,31	13.660,28	21.067,13	45.961,72	
	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	6377,31	4550,76	26803,38	37731,45	
OUTROS	OXIGENIO/GMUS/TFD/PRO C. CIRÚRGICOS/TARIFAS/ADIANTAMENTOS	83.882,96	60.793,02	20.160,82	164.836,80	164.836,80
CONVÊNIO/ HOSPEDAGEM	ANPR	3.828,75	8.000,00	8.000,00	19.828,75	57.893,75
	CASA DE APOIO CURITIBA	14.820,00	12.350,00	10.895,00	38.065,00	
SERVIÇOS BÁSICOS	LOCAÇÃO DE IMÓVEIS	34.610,00	33.150,00	35.600,00	103.360,00	280.163,26
	COPEL	30.637,23	19.092,84	33.881,90	83.611,97	
	SANEPAR	3.885,11	7.667,39	11.121,08	22.673,58	
	TELEFONE	15.713,77	15.797,06	16.006,88	47.517,71	
	COLETA DE RESÍDUOS HOSPIT	6.900,00	2.300,00	13.800,00	23.000,00	
INVESTIMENTO		113.202,80	437.072,00	52.215,00	602.489,80	602.489,80
TOTAL		4.607.066,42	5.071.985,95	5.289.427,61	14.968.479,98	14.968.479,98
LOA - PREVISÃO 2019		R\$14.371.557,00				

Fonte: Comissão de orçamentos e finanças do CMS de Mandaguauçu

Em 2020, a Comissão novamente elaborou a planilha, e em 2021, a gestão apresentou um quadro resumido, com os gastos discriminados por elementos de despesa, com a porcentagem de investimentos em cada um dos itens, como mostra a **Figura 3**.

Figura 3: Relatório de gestão financeira 2021

% DE GASTOS EM SAÚDE POR GRUPO DE DESPESAS	
GRUPOS DE DESPESAS	%
11 - VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS - PESSOAL CIVIL (PESSOAL ATIVO, GRATIFICAÇÕES, ADICIONAS)	42,51
39 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA (MÉDICOS, ENFERMEIRO, EXAMES LABORATORIAIS, FISIOTERAPIA, HOSPITAL, MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS, VEÍCULOS E PREDIAIS, TARIFAS E OUTROS)	22,15
30 - MATERIAL DE CONSUMO (MÉDICO HOSP, MEDICAMENTOS, DIETAS ESPECIAIS, PRODUTOS ALIMENTÍCIOS, PRODUTOS DE LIMPEZA, GRÁFICO, INFORMÁTICA, COMBUSTÍVEL, PEÇAS E PNEUS, MAT. DE CONTRUÇÃO)	7,76
13 - OBRIGAÇÕES PATRONAIS (INSS/FUNDO DE PREVIDÊNCIA)	6,98
70 - RATEIO PELA PARTICIPAÇÃO EM CONSÓRCIO PÚBLICO (CISAMUSEP E SAMU)	5,63
52 - EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE (RECURSOS PENDENTES)	5,35
36 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA (ALUGUEL, TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E OUTROS)	3,17
32 - MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIB. GRATUITA (CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE - MEDICAMENTOS)	2,39
46 - AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO	2,00
16 - OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL (HORAS EXTRAS)	1,32
94 - INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES TRABALHISTAS	0,44
43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS (ANPR)	0,13
14 - DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL	0,10
40 - SERVIÇOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	0,05
93 - INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	0,02
TOTAL	100,00

Fonte: RAG 2021

Nas Análise e Considerações do item 9 – Execução Orçamentária e Financeira, relata a gestão:

Houveram muitas dificuldades no decorrer do ano de 2021, em relação a questões orçamentárias e financeiras. Muito desencontro de informações, pagamentos efetuados com recursos livres onde se havia dinheiro específico; descoberta de contas que não se sabia da existência; de recursos que não se sabia em que conta entraram; dificuldades nas licitações, desde a morosidade do processo até a falta de interessados no fornecimento de vários itens. Houve a necessidade de se colocar um servidor para gerenciar esses recursos e depois de várias tentativas, conseguiu-se fixar uma agente administrativa, que tem conseguido organizar o setor. Somente para o Relatório de Gestão, conseguimos identificar os recursos enviados pelo Estado, e mesmo assim, não conseguimos o saldo com os rendimentos atualizados a tempo. Foram identificados problemas com a Lei Orçamentária Anual, que será completamente revista em 2022. A Avaliação da Execução Orçamentária e Financeira, baseada no nível de empenho e de liquidação das despesas através de um modelo disponibilizado pelo Conselho Nacional de Saúde, mostra que precisamos urgentemente estabelecer medidas corretivas, que certamente serão implementadas, no ano de 2022 (RAG 2021).