

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

LUCAS GUIMARÃES NUNES

**UM ESTUDO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE NANUQUE-MG**

Timóteo

2018

LUCAS GUIMARÃES NUNES

**UM ESTUDO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE NANUQUE-MG**

Monografia apresentada a Universidade
Federal de São João del-Rei como parte
dos requisitos para obtenção do título de
Especialista em Gestão Pública

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Grijo
Pitangui

Timóteo

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N933e Nunes, Lucas.
Um estudo do Plano Municipal de Saúde da Região
de Saúde Nanuque-MG / Lucas Nunes ; orientador
Cristiano Grijo Pitangui. -- São João del-Rei, 2018.
60 p.

Trabalho de Conclusão (Graduação - Gestão Pública)
-- Universidade Federal de São João del-Rei, 2018.

1. Plano Municipal de Saúde. 2. SUS. I. Grijo
Pitangui, Cristiano, orient. II. Título.

LUCAS GUIMARÃES NUNES

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: UM ESTUDO NOS MUNICÍPIOS DA
REGIÃO DE SAÚDE NANUQUE-MG

Monografia apresentada a Universidade
Federal de São João del-Rei como parte
dos requisitos para obtenção do título de
Especialista em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Grijo
Pitangui

Aprovada em: 15 de setembro de 2018.

Prof. Dr. Cristiano Grijo Pitangui

Prof. Múcio Tosta Gonçalves

Dedico esse trabalho aos meus pais e irmãos que a cada dia contribuem para a minha formação. Meus amigos e colegas da SRSTO, na luta pela construção de um SUS mais eficiente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e aos colegas da Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni, e Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais pelo aprendizado e ter despertado em mim a paixão pela saúde pública, na luta pelo um SUS de qualidade para todos.

RESUMO

O Plano Municipal de Saúde (PMS), instrumento central de planejamento do Sistema Único de Saúde, deve nortear toda a atuação dos serviços e ações no município. A legislação estabelece os aspectos a serem inseridos nesse instrumento. O presente trabalho objetivou compreender, por meio de uma pesquisa bibliográfica, o processo de planejamento no âmbito do SUS e os enfoques metodológicos que influenciaram a legislação acerca do tema em três municípios da Região de Saúde de Nanuque. Por meio de pesquisa documental nos PMSs dos municípios de Nanuque, Carlos Chagas e Serra dos Aimorés, do estado de Minas Gerais, buscou-se identificar a adequação desses Planos ao cumprimento da legislação vigente. É exigido que seja feita análise situacional e a participação de diversos atores envolvidos na saúde e a comunidade. Essa análise situacional, segundo a legislação deve ser composta pela estrutura do sistema de saúde, as Redes de Atenção à Saúde do município, as condições socio sanitárias, os fluxos de acesso aos serviços, os recursos financeiros para as ações, além da gestão do trabalho e da educação em saúde e a ciência, tecnologia e inovação em saúde e gestão. A legislação dispõe também que o PMS deve conter as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que norteariam a política do município e o processo de monitoramento e avaliação dos objetivos assumidos. Dessa forma verificou-se que alguns aspectos estavam presentes, outros ausentes ou de forma incompleta, o que indica uma dificuldade de entendimento de alguns termos da legislação e a necessidade de maior capacitação dos profissionais envolvidos na atividade de elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Palavras-chave: Plano Municipal de Saúde, SUS, Nanuque, planejamento em saúde

ABSTRACT

The Municipal Health Plan (MHP), Central Planning Instrument Health System, must guide All Performance of Services and actions in the city. The legislation establishes the aspects to be inserted this instrument. The Present Work aimed to understand, through a bibliographical research, the planning process in the SUS scope and the methodological approaches que influenced Legislation theme about in three municipalities of Nanuque Health Region. For Medium Documentary research nsa PMSS the municipalities of Nanuque, Carlos Chagas and Serra dos Aimorés, the State of Minas Gerais, sought to identify the adequacy of these Plans in compliance with current legislation. It is required to be made Situational Analysis with contribution of several actors involved in Health and the community. This situational analysis, according to a must be legislation composed by structure of the Health System, as Care Networks Health of the municipality, as social and sanitation conditions, the flows access for services, financial resources for such actions, in addition to the work management and health education and science, technology and innovation in health's management. Legislation boasts also the MHP must contain as guidelines, objectives, goals and indicators for guid the city's policy and the process of monitoring and examination of agreed objectives. Thus it was que some aspects were gifts, other missing or incomplete, indicating a difficulty of understanding terms some of the legislation and a need for increased training of professionals involved the development activity of the Municipal Health Plan.

Keywords: Municipal Health Plan, SUS, Nanuque, Health planning

LISTA DE SIGLAS

CENDES - Centro de Desenvolvimento

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde Minas Gerais

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA- Lei Orçamentária Anual

NEP - Nova Política Econômica

NOAS- Normas Operacionais da Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAS -Programação Anual de Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PES -Planejamento Estratégico Situacional

PMS - Plano Municipal de Saúde

PPA - Plano Plurianual

SES- Secretária Estadual da Saúde de Minas Gerais

SIA/SIH - Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIOPS - Sistema de Informações do Orçamento Público em Saúde

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional ()

SMS - Secretária Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2Objetivos específicos.....	14
JUSTIFICATIVA	15
3.REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 O Sistema Único de Saúde Brasileiro	17
3.2 Um breve histórico-conceitual sobre Planejamento Público	22
3.2.1 O planejamento no SUS	26
3.2.2 O Plano Municipal de Saúde	30
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
4.1 Caracterização do método utilizado	39
4.2. Organização, planejamento e aplicação da pesquisa	40
4.3 Delimitação do estudo da pesquisa	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 O processo de construção do planejamento do SUS	42
5.2 Os PMS da Região de Saúde de Nanuque	42
5.3 Análise comparativa dos PMS com a legislação	44
5.3.1. A estrutura do Sistema de Saúde.....	44
5.3.2. Redes de Atenção à Saúde.....	45
5.3.3. Condições sociosanitárias	45
5.3.4 Fluxos de Acesso	46

5.3.5 Recursos Financeiros	46
5.3.6. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.....	49
5.3.7 Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão.....	50
5.3.8 Diretrizes, objetivos, metas e indicadores	50
5.3.9. O processo de monitoramento e avaliação	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS	54
AUTORIZAÇÃO.....	61

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8080 de 19/09/1990, teve seu processo de constituição iniciado por meio de reivindicações da população, da classe médica e outros trabalhadores do setor que defendiam o direito universal aos serviços, sem contrapartida direta dos usuários. Seu processo de formação, gestão e regulação, no entanto, tem-se mostrado lento e desafiador.

Esse processo de formação integra o planejamento em saúde que em sua constituição inclui elementos políticos, sociais e econômicos. A contemplação da vertente do Pacto pela Gestão do SUS, com a instituição do Pacto pela Saúde em 2006, contribuiu para a consolidação do planejamento em saúde, sobretudo com a criação do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo os instrumentos de planejamento do SUS: o Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório de Gestão.

Dentre os instrumentos de planejamento do SUS, vigentes pela Portaria nº2135 de 25/09/2013, o Plano de Saúde é o elemento central que deve nortear todas as ações e serviços por um período de quatro anos, sendo sua existência condição necessária para a transferência de recursos financeiros. Devido a sua importância estratégica no norteamto das ações e na alocação dos recursos públicos para esse setor, o seu processo de elaboração deve conter elementos que propiciem uma análise situacional precisa dos problemas a serem enfrentados, as particularidades do local a que se refere, sua formação histórica, econômica, social, seus condicionantes e determinantes de saúde. Em relação ao processo de tomada de decisão, as diretrizes, objetivos e metas traçados devem considerar sempre as deliberações dos Conselhos de Saúde, a atuação articulada e comprometida com os objetivos pretendidos por parte de todos os profissionais da área e da Rede de Atenção à Saúde estruturada e ainda os recursos disponíveis dentro do âmbito planejado.

Embora haja diversos enfoques metodológicos do Planejamento em Saúde, publicações acadêmicas, publicações do Ministério da Saúde, e instituições como Secretarias Estaduais e conselhos de gestores de gestores do SUS e um aparato institucional e normativo, relativos aos instrumentos de planejamento, percebe-se dificuldades no processo de elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, no cumprimento das suas legislações, por parte dos diversos atores envolvidos nestas tarefas.

Diante das considerações, surge a questão norteadora da pesquisa: os Planos Municipais de Saúde da Região de Saúde Nanuque atendem ao preconizado pela legislação do SUS?

Para responder à pergunta, o trabalho está dividido em cinco seções a contar desta

introdução, seguido dos objetivos geral, específicos e a justificativa. Na seção 3 é apresentado o referencial teórico da pesquisa, abordando o SUS e um breve histórico-conceitual sobre planejamento público. Na seção 4 são abordados os procedimentos metodológicos, juntamente com as técnicas e instrumentos de coleta de dados, seguidos pela seção 5, que apresenta os resultados e discussões do problema em análise. Por fim, são apresentadas as considerações finais, contemplando sugestões para futuros trabalhos.

Desta maneira, foi possível também averiguar a percepção e entendimento dos conceitos dispostos pela legislação, por parte dos técnicos envolvidos na atividade de planejamento nas secretarias municipais de saúde e identificar desafios a serem superados na elaboração dos Planos de Saúde futuros.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar comparativamente os Planos Municipais de Saúde vigentes dos municípios da Região de Saúde de Nanuque-MG, a fim de evidenciar a conformidade desses instrumentos com o disposto na legislação de planejamento do SUS.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar o contexto do planejamento em saúde do Brasil.
- Identificar e compreender os aspectos que compõem os planos municipais, nos municípios de Carlos Chagas, Nanuque e Serra dos Aimorés, conforme a legislação
- Realizar análise comparativa dos conteúdos dos Planos Municipais vigentes com a Portaria nº 2135/2013;

JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema da pesquisa surgiu em função da atuação do autor no assessoramento dos profissionais das secretarias de saúde municipais no Núcleo de Gestão Regional da Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni, no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2014, e por meio de observações, análise dos instrumentos de planejamento do SUS entregues, de questionamentos e relatos dos técnicos envolvidos, observou-se algumas dificuldades na construção do Plano Municipal de Saúde, no cumprimento de prazos e de requisitos da legislação, tais como a submissão dos instrumentos de planejamento do SUS ao Conselho Municipal de Saúde, e envio dos documentos após os prazos legais de aprovação do orçamento público.

Ao Sistema Único de Saúde compete a responsabilidade pela política pública de serviços de saúde no Brasil. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007) *apud* Souza e Costa (2010) ressalta que “a criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos” (SOUZA e COSTA, 2010).

Embora seja considerado um movimento de inclusão social, sendo um dos sistemas de saúde mais respeitados no mundo, a construção de um planejamento de maneira articulada entre os profissionais de saúde, prestadores de serviço, população e gestores do SUS que proporcione o monitoramento e avaliação, subsidiando a tomada de decisão e o redesenho das estratégias de ação traçadas, a elaboração destes instrumentos está legalmente vinculada à transferência de recursos e a programação financeira. Nesse sentido, Vieira (2009) aborda que

os órgãos da saúde [...] deveriam realizar seu planejamento para a definição das despesas de custeio e de capital, [...]. Explicita-se aí a importância do planejamento e da existência de instrumentos que contemplem o conjunto de objetivos e metas estabelecidas para orientar a alocação dos recursos públicos (VIEIRA, 2009, p. 3).

A escolha pela análise dos Planos Municipal de Saúde, especificamente da Região de Saúde de Nanuque-MG, se deve ao fato deste constituir um elemento central da política orçamentária de serviços de saúde (Brasil, 2013), sendo responsável por regulamentar o processo de descentralização político-administrativa do SUS, no âmbito municipal (MARRA; ARCIERI; 2011; ZANETTI, 2000 *apud* SALIBA *et al.*, 2013) e compor junto aos demais

instrumentos de planejamento do SUS (Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão), o processo cíclico de planejamento para uma operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS (BRASIL, 2013).

Em relação ao aspecto da divisão territorial no Estado de Minas Gerais, o Plano Diretor de Regionalização mineiro (PDR), publicado pela Deliberação do Conselho Estadual de Saúde, nº 036 de 14/10/2002, estabeleceu que Minas Gerais conta atualmente com 13 Regiões Ampliadas de Saúde e 76 Regiões de Saúde, dentre as quais tem-se a Região de Saúde¹ Nanuque, pertencente à Região Ampliada de Saúde Nordeste, cujo município polo é Teófilo Otoni-MG. Dentre os pólos regionais de saúde componentes de Teófilo Otoni-MG, encontra-se a Região de Saúde Nanuque que abrange, além do município de Nanuque, Carlos Chagas e Serra dos Aimorés, sendo uma região de fronteira, na qual presta assistência para os Estados do Espírito Santo e Bahia.

¹ Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto nº7508/2011, art. 2º).

1. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Sistema Único de Saúde Brasileiro

O Sistema Único de Saúde no Brasil, pode ser traduzido em uma rede pública que busca na articulação entre atores públicos e privados consolidar a prestação de serviço público em saúde. Ao Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) compete a responsabilidade pela política pública de saúde no Brasil. Segundo Paim e Teixeira (2006, p. 73)

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Para Paim e Teixeira (2006), a política de saúde envolve tanto questões alusivas ao poder em saúde (*Politics*), como também o (*Policy*) que envolve as diretrizes, planos e programas de saúde, por isso essas abordagens envolvem o papel do Estado, a relação do Estado com a sociedade, a relação entre as políticas econômicas e sociais com a saúde, o controle social, a economia da saúde e seu financiamento.

O SUS é considerado uma política pública, portanto requer avaliações dos investimentos públicos a serem usados para mudar a realidade demandada e gerenciamento dos recursos públicos envolvidos desde a formulação a implementação dessas políticas (SILVA; BORBA; MACHADO, 2015).

Para Souza (2002), antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Federal de 1988, a saúde pública baseava-se quase que exclusivamente na promoção e prevenção de doenças, sobretudo através de campanhas de vacinação e controle de endemias e em alguns hospitais especializados em casos como de tuberculose e psiquiatria. O autor comenta que a assistência à saúde se dava por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), uma autarquia do Ministério da Previdência Social, que prestava seus serviços diretamente, ou através de contratação de terceiros, aos que contribuíam com o Sistema de Previdência Social.

Com as campanhas para redemocratização em meados da década 1970, a saúde passa a ser defendida por diversos setores da sociedade, a exemplo dos sindicatos, professores, pesquisadores de saúde pública e demais profissionais de saúde como, uma questão social e política a ser levantada no espaço público (PAIM *et al.*, 2011). Nesse sentido

o movimento pela reforma sanitária cresceu, ganhando o apoio de parlamentares e gestores de saúde municipal.

Para Paim *et al.* (2011), um grande marco histórico da universalização do serviço foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987/88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma (PAIM *et al.*, 2011, p.18).

Em relação à normatização, a Saúde é definida pelo art. 196 da Constituição Federal como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Em relação ao SUS, a Lei Orgânica da Saúde² define como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990). Suas diretrizes, conforme disposto no artigo 198 da Constituição Federal, são o atendimento integral ao usuário, a participação da comunidade e a descentralização. Quanto a descentralização Souza e Costa (2010), comentam que ela aplica-se na execução dos serviços a cargo dos municípios, embora o financiamento se dê por conta das três esferas de governo, que atuam conjuntamente visando à promoção da melhoria da saúde e condições de vida da população. A regionalização foi uma das estratégias encontradas para a prestação desses serviços por parte dos municípios que não dispõem de condições organizacionais e estruturais nos serviços para um atendimento integral do SUS .

Carneiro *et al.* (2014) afirmam que a regionalização deriva da racionalidade econômica sistêmica que visando à integralidade da atenção, uma vez que nem todos os municípios possuem todos os serviços necessários em todos os níveis de atenção (primário, secundário,

² Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

terciário), que surgiram juntamente com o conceito da hierarquização, que respeita, porém a governabilidade de cada esfera.

Entende-se por Atenção Primária os serviços prestados aos problemas mais frequentes de saúde de uma população, no intuito de minimizar os custos e satisfazer as ações de saúde, funcionando como porta de entrada aos serviços de maior complexidade. (CONASS, 2015). O nível secundário de atenção refere-se, segundo Erdmann *et al.* (2013) aos serviços especializados de nível ambulatorial e hospitalar, compreendendo serviços médicos especializados que apoiam o diagnóstico, serviços terapêutico e atendimento de urgência e emergência. O nível terciário de atenção é organizado em pólos de Regiões Ampliadas de Saúde e se refere ao conjunto de terapias e procedimentos cuja a especialização é elevada e que fazem uso de altas tecnologias, realizadas somente em alguns hospitais. (Oliveira, 2012)

A regionalização da saúde passou a ser sistematizada com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), normatizadas pelas Portaria Ministério da Saúde nº95 de 26 de janeiro de 2001 e Portaria Ministério da Saúde nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, que estabeleceram o processo para regionalização, sendo essa uma estratégia para a hierarquização dos serviços, devendo

contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2002,).

Essas NOAS regulamentaram a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que considerou as necessidades de saúde da população e promoveram um acesso adequado aos usuários levando-se em conta a integralidade e a economia de escala

fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. (BRASIL, 2002)

No Estado de Minas Gerais, o PDR teve sua primeira versão publicada com a Deliberação CES/MG nº 036, de 14 de outubro de 2002, e conta atualmente com 13 Regiões Ampliadas de Saúde e 76 Regiões de Saúde, essas Regiões de Saúde são definidas, segundo a NOAS 2002 de acordo “[...] com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas,

geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras.” (BRASIL, 2002). A Figura 1, apresenta as 13 regiões ampliadas de saúde do Estado de Minas Gerais.

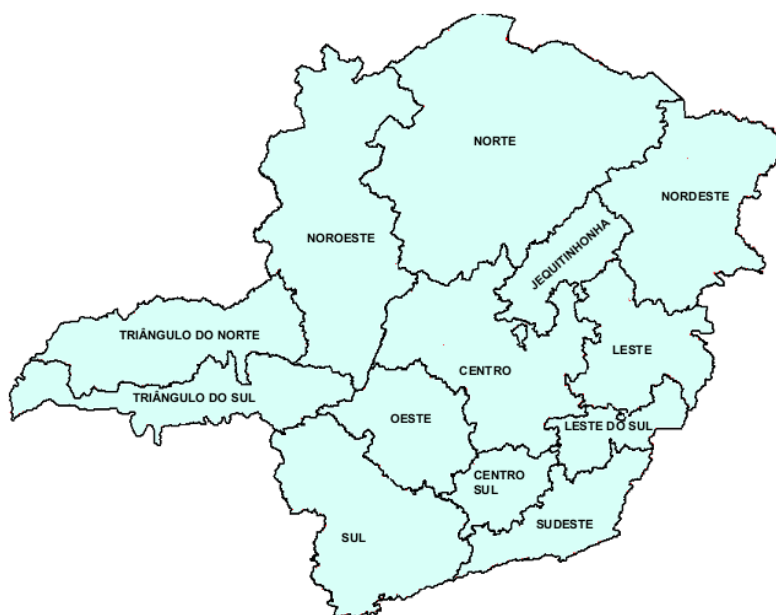


Figura 1: Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais
Fonte: SES/SMCSSS/DEAA apud PDR/Minas Gerais/SES-MG (2015)

Este trabalho tem como objeto de estudo, a Região de Saúde Nanuque, conforme Figura 2. Essa Região de Saúde tem como município-polo o de Nanuque. Entende-se por município-pólo, consoante a NOAS 2001, aquele que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.



Figura 2: Divisão Territorial dos municípios da Região de Saúde de Nanuque
 Fonte: SES/SMC/SS/DEAA apud PDR/Minas Gerais/SES-MG (2015)

TABELA 1: População e renda per capita

Município	População total	População rural	População urbana	Renda per capita
Carlos Chagas	20069	7105	12964	432,37
Nanuque	40834	4945	36.789	505,55
Serra dos Aimorés	8412	1638	6774	464,82

Fonte: IBGE (2010)

A Tabela 1, demonstra que o município de Nanuque possui o maior contingente populacional e a maior renda per capita. Em relação a extensão territorial, a Figura 2, demonstrou que de Carlos Chagas é o maior dos três nesse quesito, com uma área de 3198,85km², conforme descrito no seu Plano Municipal de Saúde (PMS) (CARLOS CHAGAS, 2014). O município de Nanuque, segundo o PMS elaborado para o período de 2018-2021, conta com indústrias do ramo frigorífico, usina de álcool anidrido e fábrica de açúcar (NANUQUE, 2017). O destaque do município de Serra dos Aimorés segundo seu PMS, está no fato de que 90% dos serviços são voltados para atenção primária em saúde, não possuindo hospitais e somente 10% de serviços ofertados de média complexidade, por se tratar de um município de pequeno porte. Na questão de limites territoriais, a Região de Saúde de Nanuque faz fronteira com os Estados da Bahia e Espírito Santo, e é muito voltada para agricultura e pecuária (MINAS GERAIS, 2011).

As estratégias de regionalização devem considerar os aspectos de territorialidade, práticas dos sistemas funcionais de saúde e demais fatores. Para iniciar uma boa gestão dos serviços públicos em saúde é necessário que haja planejamento, bem como atribuir relevância às questões sociais.

3.2 Um breve histórico-conceitual sobre planejamento público

O planejamento perpassa a vida do ser humano e contribui para um uso mais otimizado dos recursos. Rivera e Artmann (2012) afirmam que o planejamento esteve sempre presente na história da humanidade, sendo este relacionado com a sobrevivência humana, e que por meio dele é buscado a compatibilização de um conjunto diversificado de ações e recursos para alcançar objetivos, e uma melhor utilização de recursos escassos.

Matus (1991) expõe que o plano de ação constitui algo inevitável na prática humana, sendo o “produto momentâneo do processo pelo qual um ato seleciona uma cadeia de ações para alcançar seus objetivos. Chagas *et al.* (2014), definem o planejamento como uma das principais atividades em que o ser humano intervém de maneira intencional e deliberada sobre as dimensões da realidade, no intuito de alcançar resultados pré-determinados.

Esses autores explicam também que a intensificação da industrialização, a criação dos sistemas de contabilidade, a análise dos custos e a racionalização dos processos de trabalhos, embasando-se nas teorias de Taylor e Fayol contribuíram para a sistematização do planejamento.

Já Vieira (2009) disserta que o planejamento, embora não seja a tomada de decisão em si, possui um papel vital para o direcionamento de ações para que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido e ensina que

Sem a realização de planejamento, as atividades são executadas por inércia. Os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado (VIEIRA, 2009, p. 1573).

No âmbito da política pública, o planejamento passou a ser mais sistematizado com a expansão das funções do Estado, que segundo Machado (2010), envolveu as variantes de defesa e economia. Nesse sentido, pode-se destacar que essas variantes foram

contempladas no processo de planejamento elaborado em função da Nova Política Econômica (NEP) na União Soviética, no período de 1921 a 1929 (RIZZOTTO, 2011). Carnut (2012), ao apresentar o histórico do planejamento como ferramenta de organização social ressaltou que nas sociedades capitalistas, o primeiro planejamento surgiu na Inglaterra em 1943, com o Plano Beveridge.

Com o advento da crise de 1929, e a intervenção estatal na economia sobretudo em áreas as quais a iniciativa privada não conseguiria ou desejava atuar, houve maior adesão dos países capitalistas ao planejamento (CARNUT, 2012). Esse papel regulador do Estado tornou-se mais evidente na reconstrução dos países europeus no pós Segunda Guerra e, do outro lado o sucesso na economia planificada da URSS, elementos que influenciaram o planejamento em na América Latina (RIVERA, 2015).

Com a criação da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, visando à “integração regional para o desenvolvimento orientado pelo processo de substituição de importações e a formulação de estratégia [para] uma maior inserção da América Latina nas relações internacionais” (BRAGA, 2002, p. 201), houve maior Rizzotto (2011) comenta que na visão da CEPAL, o subdesenvolvimento da América Latina seria um desafio a ser superado com o desenvolvimento que se daria através de um processo de industrialização, sendo para isso necessário aos Estados, o planejamento de suas economias com taxas de crescimento e metas para vigência de tal planejamento (RIZZOTTO, 2011).

Destarte, Giovanella (1991) aponta que o planejamento foi introduzido na América Latina como método de seleção das alternativas viáveis para otimizar a relação entre os objetivos e os instrumentos cujo fim é o desenvolvimento.

Com a ampliação do conceito de desenvolvimento proporcionado pelos estudos dos economistas da CEPAL, que deixa de visar, meramente, ao crescimento econômico e passa a orientar também as políticas sociais, o planejamento em saúde passa a ganhar um enfoque social. Lição ensinada por Riviera (2015):

[...] ao planejamento é atribuído o papel de elemento de racionalização da política substitutiva a ser operada pelo Estado. O desenvolvimento é visto inicialmente como expansão do crescimento econômico, mas a partir de 1960, ao mero crescimento é acrescentado o objetivo da redistribuição por meio do desenho racional e da implementação de políticas sociais. Desse modo, o desenvolvimento integrado é o cenário discursivo em que aparece o Planejamento de Saúde” (RIVERA, 2015, online).

Chagas *et al.* (2014) menciona que o planejamento como instrumento da atividade governamental é uma tecnologia de formulação de políticas, especialmente as políticas setoriais, que devido ao seu caráter de instrumento para a gestão nas organizações, tem tido diversas correntes metodológicas que pretendem organizar, coordenar e controlar as instituições e processos produtivos, segundo uma lógica administrativa reguladora, para obter maior produtividade e eficiência.

O Brasil passou a adotar sistematicamente o planejamento pelos entes federados, após a Constituição de 1988, pois até então não havia norma geral sobre o assunto, sendo este legislado por cada unidade federativa (GIACOMINI *apud* MINAS GERAIS, 2013).

Existem variadas correntes metodológicas sobre planejamento em saúde, dentre as quais, se destacam a metodologia elaborada pelo CENDES/OPAS, Saúde para Todos (2000) e os desenvolvidos por pesquisadores brasileiros como a gestão estratégica do Laboratório de Planejamento da (Lapa) da Faculdade de Campinas, o Planejamento Estratégico Comunicativo, defendida por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz), e a Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (RIVERA; ARTAMNN; 2012).

Outra corrente metodológica de planejamento é o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que tem sua vertente situacional liderada por Carlos Matus (1991) e a vertente estratégica por Mario Testa (CHAGAS, 2014), e embora não fosse elaborado especificamente para a saúde pública, é uma metodologia muito utilizada nos instrumentos de planejamento do SUS (ARTMANN; AZEVEDO; SÁ; 1997), pois considera os contextos do campo político, as incertezas e imprecisões do sistema social e os diversos atores envolvidos no planejamento, cada um com suas histórias, diferentes visões de mundo, interesses e projetos (CHAGAS, 2014) como população, prestadores de serviços e gestores do SUS. Rizzotto (2011) lembra que devida a complexidade do setor saúde, a realidade que perpassa o problema se expressa em realidades epidemiológicas, culturais, políticas e sociais. Essa complexidade perpassa interesses de grupos que buscaram um consenso na escolha da política a ser implementada, fazendo uso se necessário de seus recursos de poder”, ou seja, aqueles elementos materiais ou não que o autor pode mobilizar segundo sua preferência e considerando as “regras do jogo” que sendo formais e informais norteiam a interação desses atores que pressionam para alcançar seus objetivos, gerando e alterando as estratégias para que prevaleça sua visão e objetivo acerca do problema em debate (Rua, 2012; Dagnino, 2012) A atuação de tais atores sociais no planejamento da política pública abordado por Carlos Matus é explicado por Teixeira (2010):

A concepção situacional do planejamento, segundo Matus (1991), reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de uma visão policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre os atores, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los (TEIXEIRA, 2010, p. 45).

Esses autores consideram a realidade produto da história e do dinamismo, sendo produzida por diferentes sujeitos sociais que têm seus interesses e que controlam seus recursos, disputando a hegemonia de seus projetos, assim possuem diferente diagnóstico e solução para um mesmo problema, considerando esses elementos o plano (planejamento) é visto como

um instrumento de negociação e consenso de um processo de planejamento participativo, de caráter coletivo, em que todos planejam de acordo com seus interesses e em que existe o conflito. Sua utilização possibilita um aumento de governabilidade com articulação dos diferentes atores em torno de um mesmo projeto. É importante destacar que o planejamento estratégico é compreendido como um processo contínuo e dinâmico, sujeito ao imprevisível e às surpresas que desafiam as ações programadas e exigem novas avaliações estratégicas e reformulação das prioridades (MATUS, *apud* CHAGAS, 2014).

Nessa perspectiva, o plano não deve ser baseado na planificação tradicional que faz uso de aspectos tecnocráticos e economicistas, “vinculado à análise de custo-benefício ou à eficiência econômica” (RIVERA, ARTMANN, 2012), (como na metodologia CENDES/OPAS³) e não trabalhar o conflito com outros atores, sendo a busca da realidade analisada sob um único enfoque (CHAGAS, 2014); utilizando de modelos matemáticos para apontar a melhor

³ O método CENDES/OPAS, publicado em 1965, com o título *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud* baseou-se num “enfoque sistêmico de Programação de Recursos de Saúde [...] [contemplando] uma proposta de priorização dos danos à saúde que tende a privilegiar os que apresentam uma melhor relação custo benefício em termos de mortes evitáveis” (RIZZOTTO, 2011 p. 71). O método propõe realização de diagnóstico, os condicionantes, e alocação dos recursos e sua organização visando à máxima produtividade e eficiência no uso dos recursos, escassos, sobretudo nos países subdesenvolvidos e compatibilização com os planos econômicos nacionais desenvolvimentistas. O planejamento deveria assim considerar o quanto se gasta no ataque aos danos e o custo por morte evitada e por caso já resolvido. Tal método mostrou-se ineficaz tendo em vista sua perspectiva economicista, visto que a saúde é permeada também por valores. Nas palavras de Giovanella (1991) “o deve ser – tem como fundamento principal a relação custo-benefício”. Rivera e Artmann (2012) comentam que “a aplicação do Cendes hoje impediria a priorização de doenças como a AIDS [...] porque não se poderia evitar mortes, além dos custos econômicos altíssimos”, pois devido a sua perspectiva economicista não levou em conta os aspectos políticos integrados aos processo de formulação de políticas e planos, já que “Esse método foi concebido para operar em um contexto caracterizado por um grande controle do Estado e por um grau avançado de integração sistêmica condições que não se verificam em um setor saúde com forte representação do privado e com altas doses de fragmentação.” (Rivera e Artmann 2010, p. 266) Há de se ressaltar, entretanto a contribuição dada pelo método para a eleição das prioridades baseando-se nos conceitos de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, concedendo à saúde, segundo Giovanella (1991), uma visão mais tecnocrática, ou seja, utilização da técnica na definição das prioridades.

decisão entre as alternativas existentes com enfoque meramente racional (RIZZOTTO, 2011), mas considera que a execução do planejado dependem das relações institucionais daquele que planeja, de suas relações políticas e das articulações que conseguir estabelecer (CHAGAS, 2014).

Para Matus (1991), o processamento dos problemas se subdivide em quatro momentos, não distintos; mas integrados e simultâneos, sendo eles o explicativo, no qual é feita a análise da situação inicial, descrição e análise dos problemas e oportunidades. O normativo, onde a situação-objetivo é definida, estabelecendo o que deve ser feito, considerando o momento político e os insumos disponíveis. Em seguida tem-se o momento estratégico que contempla à análise de viabilidade das operações propostas e traça as estratégias para solução do problema e, finalmente o tático-operacional que diz respeito a gestão do plano, sua execução, avaliação e monitoramento (RIVERA, ARTMANN; 2012).

3.2.1 O planejamento no SUS

O processo de execução da rede organizacional do Sistema de Saúde no Brasil, exige um planejamento envolvendo aspectos financeiros e uma articulação entre as diversas instituições envolvidas. Com a criação do SUS, a necessidade de planejamento foi vinculada à programação de recursos financeiros. Assim favorece a cultura do planejamento e sua articulação com os instrumentos legais de orçamento público. Nesse sentido, Vieira (2009) apresenta que

os órgãos da saúde [...] deveriam realizar seu planejamento para a definição das despesas de custeio e de capital, [...]. Explicita-se aí a importância do planejamento e da existência de instrumentos que contemplem o conjunto de objetivos e metas estabelecidas para orientar a alocação dos recursos públicos (VIEIRA, 2009, p. 1567).

Em relação ao processo de planejamento dos serviços do SUS, a lei dispõe que:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

(BRASIL, 1990).

O processo de consolidação do planejamento em todas as esferas de gestão do SUS tem-se dado no decorrer da trajetória de construção desse sistema, nos 28 anos de sua existência. No processo histórico de construção do SUS, em 1992, com o objetivo de adequar-se à realidade dos entes federativos à legislação, o Ministério da Saúde produziu um documento propondo que o processo de planejamento se desse do nível nacional, através da criação do Sistema Nacional de Planejamento que tinha por objetivo a rearticulação e a coordenação das atividades de planejamento entre o Ministério da Saúde e demais entes; a superação das barreiras na orçamentação e no financiamento da saúde e estabeleceria as diretrizes para práticas de avaliação e controle. Vieira (2009) mostra ainda que o documento propôs que os Planos de Saúde deveriam ser elaborados considerando-se o perfil epidemiológico local, a Rede de Atenção à saúde instalada e a situação político-gerencial.

Após esse momento, foi institucionalizada, com a publicação da Portaria Gabinete Ministério da Saúde/nº393 de 29/03/2001, a criação da Agenda de Saúde que dava orientações estratégicas para a política de saúde no Brasil e definia os eixos a serem considerados como referenciais prioritários no processo de planejamento em saúde. Nesse aspecto, Teixeira (2010) diz que

[...] é possível realizar a condução de um processo de planejamento que contemple dois momentos circunscritos pela análise permanente do Contexto (ou “cenário”, segundo a perspectiva do planejamento situacional): a) o momento da pré-decisão que conduz à formulação de uma “Agenda estratégica”. b) o momento de decisão propriamente dita, que corresponde à elaboração do Plano ou programa de ação (TEIXEIRA, 2010, p.37).

Diante dessas considerações, percebe-se um esforço da gestão nacional do SUS em organizar o processo de planejamento em saúde nos demais entes federativos. Os eixos prioritários para intervenção definidos pela Agenda Nacional de Saúde deveriam ser adequados às realidades locais e atuar como “uma espécie de «embrião» dos Planos de Saúde e de suas revisões anuais [compondo] um processo de responsabilização progressiva, tendo por base as referências políticas, epidemiológicas e institucionais de cada esfera [de governo]”. (BRASIL, 2001).

Embora as agendas tivessem seus eixos prioritários definidos pela União, ou seja de maneira descendente, (do nível federal ao local), diferentemente do preconizado no *caput* do Artigo 36, supracitado na Lei nº8080/1990, Vieira (2009) indica que elas

[...] constituiriam o início do planejamento, que resultaria na elaboração dos planos de saúde e no orçamento anual, [devendo] os planos [serem], elaborados de forma ascendente e se desdobrariam para cada ano, em cada esfera de governo, no respectivo Quadro de Metas, no qual constariam os indicadores e a metas prioritárias de saúde (VIEIRA, 2009, p.1568).

No intuito de nortear os gestores para o planejamento, a Portaria nº548/2001 descreveu os fluxos de encaminhamento, documentos (como planos e relatórios anuais de gestão anteriores) e sistemas de informação epidemiológicos a serem consultados para criação da Agenda e os prazos a serem respeitados por ela e que o Plano Municipal conteria em anexo o Quadro de Metas, e o Relatório Anual de Gestão.

A construção da Agenda de Saúde, leva em consideração uma das fases do ciclo da política pública definido por Secchi (citado por SILVA, BORBA, MACHADO; 2010) composto pela identificação do problema, formação da agenda, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção. Esses elementos estão relacionados na literatura alusiva à elaboração do Plano de Saúde.

Outro grande marco para o planejamento do SUS, foi a criação do Pacto pela Saúde, com a publicação da Portaria Gabinete Ministério da Saúde nº399 de 22 de fevereiro de 2006 que, além de frisar sobre a necessidade de um planejamento ascendente, articulado e integrado entre as três esferas de gestão, em seu no item 4 do anexo 1 que instaurou o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde cujos objetivos eram o fortalecimento do planejamento, legitimando-o como instrumento estratégico de gestão para o SUS, o compartilhamento das informações entre os gestores, a avaliação contínua da situação de saúde da população, a capacitação dos profissionais envolvidos com o planejamento, a correlação dos instrumentos de planejamento com as etapas do ciclo orçamentário e o monitoramento e avaliação dos resultados atingidos, a fim de contribuir para a transparência da gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Vieira (2009) aponta que esta revisão das diretrizes do planejamento veio em um momento em que reformas institucionais são implementadas, por meio do Pacto pela Saúde, com redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social. Ressalta-se que dentre os elementos (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão) abarcados pelo Pacto pela Saúde, o de Gestão corresponde ao eixo do planejamento e da descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, a gestão do trabalho e a educação na saúde (BRASIL, 2009).

O Sistema de Planejamento do SUS, denominado de PlanejaSUS, foi-se consolidando através da formação de grupos de trabalho entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS), Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde/OMS (Organização Mundial de Saúde) (Brasil, 2009) e, posteriormente houveram mecanismos normativos por parte do governo federal através da

Portaria nº1885 de 9 de setembro de 2008 que dispunha de incentivos financeiros “destinados a despesa de custeio tais como treinamentos, capacitações, seminários e/ou reuniões técnico-operacionais, contratação de serviços, produção de materiais técnicos, instrucionais e de divulgação” (BRASIL, 2008).

Observa-se com esta ação o esforço em fortalecer o Sistema de Planejamento do SUS e institucionalizar o processo do planejamento, para que juntamente com o monitoramento e a avaliação atuem como instrumentos estratégicos da gestão do SUS, sendo este um dos pontos de pactuação para o planejamento priorizados no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Os demais pontos abordam:

I) a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; II) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; IV) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; V) e a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS (BRASIL, 2006).

Devido ao princípio da direção única de gestão do SUS em cada esfera de gestão, proposta no art. 7º, inciso IX da Lei 8080/1990, o PlanejaSUS, que visava à implantação e fortalecimento de uma cultura de planejamento, monitoramento e avaliação em cada esfera de governo do SUS, não veiculou caráter subordinativo nas áreas de planejamento dos entes federativos, mas requereu que os processos favorecessem ao funcionamento harmônico entre as três esferas de gestão e que tais processos tivessem seus pactos definidos, considerando as competências de cada ente, suas particularidades seu contexto sanitário, consoante a política nacional de saúde vigente (BRASIL, 2009).

Essa integração entre os objetivos, diretrizes e metas planejados, desde o nível local ao federal, é um dos pressupostos que constam no ato normativo vigente que estabeleceu as diretrizes para o processo de planejamento do SUS, por meio da Portaria nº2135/2013, e responsabiliza cada ente pelo planejamento devendo ocorrer de maneira articulada, contínua e integrada; respeitando as pactuações feitas pelos gestores do SUS nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Tripartite (CIT), necessitando de monitoramento, avaliação e a integração na gestão do Sistema Único de Saúde. São pressupostos também do planejamento elencados no artigo 1º

V. compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais e Relatório de Gestão) e os

instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; VI. Transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; VII. Concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde para elaboração de forma integrada (BRASIL, 2013)

Relativo às responsabilidades, aos municípios compete, conforme o artigo 18 da Lei nº8080/1990, as seguintes atribuições:

- I. Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; (BRASIL, 1990).

As áreas técnicas responsáveis pelo planejamento, de uma Secretária de Saúde devem

coordenar os processos de formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do PlanejaSUS; e prover as demais áreas técnicas de mecanismos - como métodos e processos para que possam formular, monitorar e avaliar os seus respectivos instrumentos, segundo as suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2009, p. 22).

Essas áreas são responsáveis pelos seguintes instrumentos de planejamento do SUS, elencados no art. 2º da Portaria nº2135/2013, Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão.

3.2.2 O Plano Municipal de Saúde

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um dos instrumentos de planificação municipal, de quatro anos de vigência e elaborado no primeiro ano de gestão; considerando o período entre o segundo e primeiro ano da próxima gestão (MINAS GERAIS, 2013), constitui o elemento central de planejamento e deve constar nele todas as iniciativas e implementações no âmbito da saúde, explicitando os compromissos do governo para esse setor, a partir de análise situacional, das necessidades de saúde da população e das particularidades locais (BRASIL, 2013). Dessa maneira,

[...] os planos de saúde serão a base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde (CONASS, 2015, p. 34).

O PMS é o instrumento que subsidia o embasamento para a direção, a execução, o controle e a avaliação do SUS, na esfera de gestão ao qual se refere (BRASIL, 2009), sendo que sua existência é a condição necessária para o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 1990; 2012). A respeito da conceituação do PMS, Saliba *et al.* (2013) define como um documento formal de exigência legal, entretanto, é um instrumento flexível e dinâmico que deve ser consultado, ajustado, executado e não engavetado, objetivando a operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar problemas e atender necessidades de saúde da população do município relacionado.

O processo de elaboração deste instrumento compreende três momentos, a saber: o da análise situacional, a definição das diretrizes, objetivos, metas e os indicadores para o período de quatro anos e o processo de monitoramento e avaliação (Brasil, 2006; 2013).

No primeiro momento, deve ser feita análise situacional, que é o processo que permite identificação, a formulação e a priorização dos problemas da realidade do município (BRASIL, 2009).

A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

- I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:
 - a) estrutura do sistema de saúde;
 - b) redes de atenção à saúde;
 - c) condições socio sanitárias;
 - d) fluxos de acesso;
 - e) recursos financeiros;
 - f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
 - g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;
- (BRASIL, 2013)

Faria *et al.* (2014) define que essa análise consiste num diagnóstico situacional da explicação da realidade. A autora considera que essa análise é um produto de diversas análises que consideram diferentes variáveis que incidem sob a população de um território, no intuito de identificar suas características, demandas e problemas existentes.

Matus citado Teixeira (2010), define o problema como uma realidade considerada fora do padrão para um ator social⁴. Esses padrões partem do conhecimento dos atores envolvidos e seus interesses e capacidade de ação. Assim, o problema do serviço de saúde

[...] pode ser definido como algo considerado fora dos padrões de normalidade para o ator social que está analisando uma determinada situação, no que se refere aos riscos à saúde, às formas de adoecimento e morte da população (problemas do Estado de Saúde da População) ou à

⁴ Ator social é uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir produzindo fatos na situação. (Teixeira, 2010, p. 27)

organização e funcionamento do sistema de saúde (problemas do Sistema e dos Serviços de Saúde) (VILLASBOAS *apud* BAHIA, 2009, p.14).

Os problemas podem ser analisados sobre diferentes perspectivas. Para Teixeira (2010), as lideranças comunitárias tendem a ver os condicionantes e determinantes de saúde como problemas (ex.: desemprego, falta de saneamento etc), já os profissionais da saúde tendem a partir da identificação das doenças e dos agravos apontar problemas referente a organização dos serviços e infraestrutura.

A identificação dos problemas ocorre considerando os condicionantes de saúde, ou seja, aspectos relativos exclusivamente ao setor saúde, como campanhas visando à imunização. Os determinantes, eixos que contribuem para a saúde, cujas ações são compartilhadas ou coordenadas por outros setores, como o saneamento básico (BRASIL, 2009). Além da gestão em saúde, que leva em conta aspectos que requeiram melhorias ou fortalecimento como a participação social, infraestrutura e recursos humanos e a condução política, de organização, monitoramento, avaliação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2009; TEIXEIRA, 2010).

Na análise das condições de saúde, é recomendável acessar os dados tanto gerados pela área de saúde, quanto por outro setores e instituições (FARIA *et al.*, 2014), e a partir desse momento desenhar os perfis, epidemiológico, socioeconômico (razão da renda, nível de escolaridade, taxa de analfabetismo, IDH) e demográfico da população, sendo neste momento, considerado aspectos como o crescimento populacional, índice de envelhecimento, taxa de fecundidade, mortalidade proporcional por idade, esperança de vida ao nascer e taxa bruta de mortalidade (BRASIL, 2009), pois “as características da população estão diretamente relacionadas a seu perfil de adoecimento e ter este conhecimento é fundamental para a programação adequada de ações municipais” (FARIA *et al.*, 2014). A condição do critério epidemiológico para o estabelecimento das prioridades, alocação de recursos e orientação programática está disposto no art. 7º, inciso VIII da Lei nº8080/1990, que trata deste perfil epidemiológico ⁵da localidade, o SUS conta com um conjunto de sistemas de informação que contribuem nessa atividade, como o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação de Agravos⁶ de Notificação (Sinan); o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares – SIA/SIH, Sistema

⁵ O perfil epidemiológico deve conter a descrição do modo de nascer, de viver, de adoecer e de morrer de uma população. O perfil epidemiológico, a morbidade e mortalidade hospitalar são, dentre outros fatores, o resultado da qualidade da atenção primária e secundária ofertada a uma população, sendo dados de destaque na composição da análise situacional municipal. (COSEMS-MG, 2015)

⁶ Agravos: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas (BRASIL, 2011)

de Informação da Atenção Básica-(SIAB), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e outros (BRASIL, 2009; FARIA *et al.*, 2014).

Nesse momento, não é suficiente apenas as informações obtidas nas estatísticas, por mais completas que estas sejam, sendo necessário se estabelecer um processo de reflexão e discussão coletiva em torno das informações existentes, aproveitando-se a experiência acumulada dos gestores, técnicos e profissionais de saúde que atuam no município. É essencial, ainda, uma escuta qualificada, que pode ser realizada através do Conselho Municipal de Saúde (CMS), a fim de incorporar informações de usuários, líderes comunitários, além das deliberações das Conferências de Saúde para a identificação, priorização de problemas e a formulação de propostas para o plano (BAHIA, 2009, p.14).

Assim, todas as áreas de uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS) precisam estar envolvidas na análise e avaliação (Brasil, 2009), pois “a apropriação dessas informações, por si só, não garante uma boa análise. Todo conhecimento da instituição precisa e deve ser aplicado sobre os dados levantados. Essa análise envolve diversos saberes, sendo necessário que seja um produto coletivo [...]de todas as áreas da saúde municipal” (FARIA *et al.*, 2014).

Contribuindo nessa análise, Matus (1991), compara o processo de planejamento a um jogo social e elenca que cada ator tem uma explicação diferente da realidade identificada. Essa participação de vários segmentos da SMS na análise situacional das políticas públicas municipais de saúde é importante, pois a visão diferenciada acerca de determinada realidade pelo setor contribui para encontrar melhores soluções para o problema: Wildavsky (1979) citado por Dagnino (2012) comenta que essa Análise da Política Pública faz uso de contribuições de diferentes disciplinas para interpretação das causas e consequências das ações governamentais, sendo tal análise transcendente as barreiras disciplinares e atinente as circunstâncias do tempo e natureza do problema.

A diferenciação de explicações abre o caminho do entendimento e aperfeiçoa o do confronto. Essa diferenciação explicativa não reside na realidade em si, mas em quem a explica. Mas, como a explicação motiva a ação e esta muda a realidade, toda explicação é uma colaboração na construção do mundo. Existe, pois, uma relação subjetiva e interativa entre o ator que explica e a realidade como dado objetivo, aberto, entretanto, a muitas explicações (MATUS, 1991,p.125).

A análise situacional contida no PMS, deve constar além das condições socio sanitárias, segundo o artigo 3º da Portaria MS nº2135/2013, outros elementos como a estrutura do sistema de saúde municipal, compreendendo aqui a oferta de serviços públicos e privados, ainda que não prestem serviços para o SUS; conforme estabelece o preconizado

para o planejamento do SUS no art. 16 do Decreto nº7508/2011, as Redes de Atenção à Saúde, ou seja, o conjunto das ações e serviços de saúde organizados sob níveis de complexidade, objetivando garantir a integralidade da assistência à saúde, sendo compreendida no âmbito de uma ou mais Regiões de Saúde (CONASS, 2015), os fluxos de acesso dos usuários. Devem contemplar também os recursos financeiros, que podem ter como fonte de dados o Sistema de Informações do Orçamento Público em Saúde (SIOPS⁷), e a gestão do trabalho (informações com a composição da equipe de colaboradores; tipos de vínculos; mecanismos de negociação com os profissionais de saúde; existência ou não planos de cargos e salários no município e identificação de problemas decorrentes da precarização do trabalho), a educação na saúde (com a análise dos processos de educação em saúde e parcerias com instituições de ensino).

A legislação também prevê que devem constar no PMS aspectos relacionados à ciência, à tecnologia, à produção e inovação em saúde e à gestão. Pimentel *et al.* (2014) elenca que “a gestão de tecnologias em saúde é entendida como um conjunto de atividades relacionadas aos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias nos sistemas de saúde”, assim devem conter no PMS as instituições de ensino existentes e suas especialidades técnicas em pesquisa, produção e inovação em saúde (FARIA *et al.*, 2014).

Essa análise situacional permite identificar e descrever os problemas de saúde daquela localidade. Esses problemas se dividem em Problemas de Estado de Saúde da População e em Problemas do Sistema e dos Serviços de Saúde (BAHIA, 2009). O Plano de Saúde deve, segundo a Portaria nº2135/2013, ser orientado pelas necessidades de saúde identificados na análise situacional.

Teixeira (2010) orienta que uma vez identificados os problemas devem ter suas prováveis causas pormenorizadas e “ser descrito em termos do que, quem, quando e onde ele se apresenta, ou seja, (..) descrito em termos de informação epidemiológica e/ou ambiental, com a especificação do grupo populacional afetado pelo problema” (TEIXEIRA,

⁷ O SIOPS tem por objetivo apurar as receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde. A partir do exercício 2013, em decorrência da publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), o registro de dados passou a ser obrigatório, inclusive para a União. Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF). As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado. Tais informações são inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, através da internet, gerando indicadores de forma automática. É importante registrar todos os recursos disponíveis para a saúde municipal, designando a fonte dos mesmos.

2010, p. 60). Esses problemas segundo a autora podem ser esquematizados numa Árvore de Problemas, conforme visto na Figura 4.

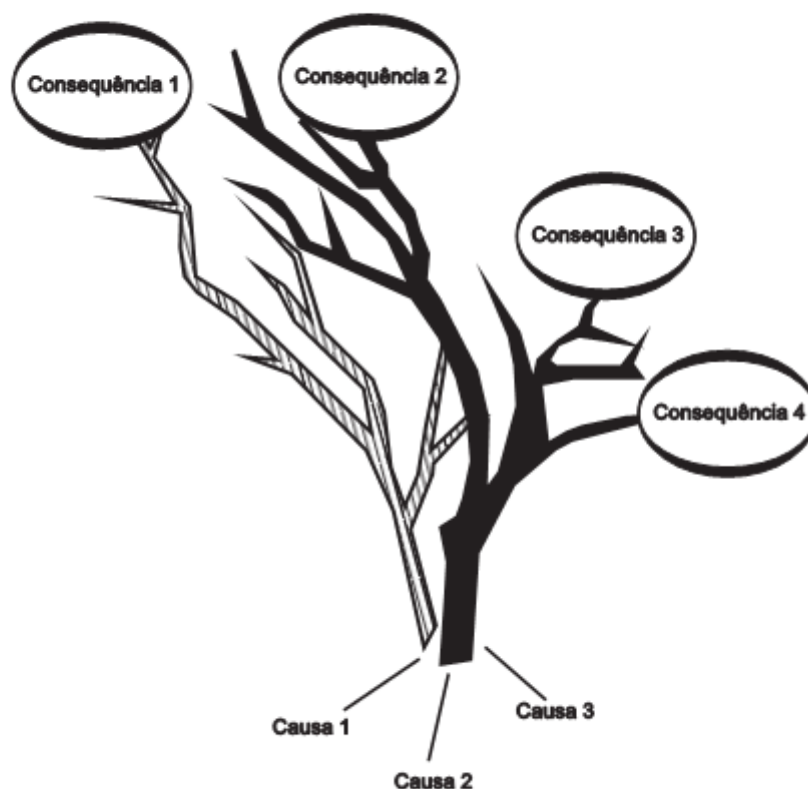


Figura 4: Árvore de Problemas
Fonte: Adaptado de Teixeira, 2010

Esse diagrama permite melhor explicar um problema partindo do conhecimento de suas raízes (seus determinantes estruturais) e suas eventuais consequências (frutos, galhos e folhas) e seu tronco (os condicionantes históricos que levaram a tais consequências). Sua elaboração deve conter também a análise dos serviços que estão sendo prestados a população.

Posteriormente deve-se, dentre os problemas descritos, selecionar os prioritários. Um método orientado pelo COSEMS-MG para essa priorização dos problemas é o supracitado CENDES/OPAS (ver nota de rodapé nº3). Esta seleção de prioridades, no entanto, não deve ser feita de forma autoritária pela autoridade política, (Teixeira, 2001) mas através da consulta

do Conselho de Saúde, respeitando-se a diretriz constitucional do SUS, que prevê a participação da comunidade, ouvida as Conferências Municipais de Saúde, previstas no art. 198, inciso 3º, da Constituição Federal de 1988.

“Priorizar não significa desconhecer as ações que não se encontram no topo de uma lista hierarquizada. Significa iniciar a implementação pelas ações que causem um maior impacto positivo sobre a situação de saúde da população, que atendam as necessidades detectadas e que sejam viáveis, considerando os recursos disponíveis. O plano municipal deve ser factível e não apenas correto ou completo” (FARIA *et al.*, 2014, p.21).

As Conferências Municipais de Saúde reúnem-se a cada quatro anos, geralmente no ano em que serão elaborados o Planos de Saúde para o exercício seguinte, reunindo representantes de vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a política de saúde, conforme disposto pela Lei nº8142 de 28/12/1990.

O aspecto de educação na saúde, a ser constado nos PMS, conforme a Portaria nº2135 diz respeito às “políticas relativas à formação e ao desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores do SUS” (Pimentel *et al.* 2014, p. 89), como as parcerias com Instituições de Ensino e Pesquisa e demais ações previstas em outros programas de Educação Permanente, que se intensificaram com a instituição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Decreto nº4626/2003).

No que se refere à gestão supracitada, o artigo da legislação remete-se a aspectos referentes à regionalização, participação popular e controle social das ações e serviços de saúde, como Ouvidorias Municipais etc (FARIA *et al.*, 2014).

Além da Análise Situacional, compreendendo os elementos acima citados, o Plano Municipal de Saúde também deve ser composto pelas diretrizes, objetivos e metas (BRASIL, 2013). Estes elementos devem ser traçados em consonância com os produtos obtidos da etapa anterior (BRASIL, 2009).

As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva – sob a forma de um enunciado-síntese e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde. As metas são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando” (Brasil, 2009, p.60)

As diretrizes dispostas no PMS devem considerar as políticas prioritárias, os problemas priorizados outrora, as responsabilidades assumidas pelo município e as demandas levantadas nos relatórios das Conferências de Saúde (SES-MG, 2013).

As metas do PMS tem vigência quadrienal e devem ter sua fonte de apuração prevista, indicadores e suas respectivas fonte de dados (BRASIL, 2009). Quanto à delegação dos responsáveis, Teixeira (2010) comenta sobre a importância dessa etapa pois “não é um

processo eminentemente técnico, de delegação de funções e competências, mas um processo político, no qual se testa, inclusive, o grau de comprometimento das diversas instituições e dos diversos atores com este processo.”

“Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados” (Brasil, 2009), para bem traçá-los é preciso que se tenha os problemas priorizados (Bahia, 2009). Para Teixeira (2001) eles têm caráter relativo aos resultados, quando alcançam termos de situação social e epidemiológica; produtos, quando se referem à oferta ações e serviços de saúde e ao processo, ao se terem como foco a mudança no processo que se dá às ações e serviços de saúde. Na construção dos objetivos deve-se atentar para a viabilidade política, financeira e técnico-organizacional, assegurando que estes estejam de aos Planos Nacional e Estadual de Saúde (Bahia, 2009), mantendo assim a integração entre os planos prevista nos dispositivos legais.⁸

A viabilidade política diz respeito à disponibilidade de recursos de poder, isto é, a vontade política de implementar ou não o que está proposto no plano. Decorrem dos compromissos estabelecidos pelo gestor e sua equipe, reafirmada na seleção de prioridades e definição dos responsáveis pela execução do que está sendo proposto. A viabilidade técnico-operacional diz respeito à disponibilidade de recursos técnicos, isto é, conhecimentos e habilidades técnicas para a execução das ações propostas, bem como de recursos administrativos, ou seja, capacidade de organização gerenciamento para a execução eficiente e efetiva das ações. É construída à proporção que se desenvolve o processo de planejamento e execução, demandando monitoramento e avaliação permanente das operações a cada ano, com realização dos ajustes necessários na programação operativa. A viabilidade financeira remete à disponibilidade de recursos financeiros, incluindo não apenas ao dinheiro propriamente dito, mas o que pode ser obtido a partir dele, isto é, os recursos físicos, humanos e materiais (TEIXEIRA, 2001, p.35).

A análise da viabilidade financeira, dará suporte para as previsões orçamentárias a serem lançadas no PMS, sendo esta uma estimativa dos recursos municipais, estaduais ou federais (Teixeira, 2001), através de projeção das tendências de receitas e despesas que podem ser feitas com o auxílio do SIOPS. Teixeira (2010) observa que

A disponibilidade de recursos financeiros a disponibilidade e as formas de utilização dos recursos financeiros deve permear todo o processo de elaboração do Plano de Saúde. Comparece na priorização de Problemas, quando se faz análise dos custos da intervenção, reaparece no momento da definição dos Objetivos (mais ambiciosos ou mais tímidos, de acordo com a disponibilidade financeira), apresenta-se no momento estratégico com toda a sua importância, na medida em que nesse momento é se pensam estratégias para a superação de eventuais limitações financeiras que obstaculizem a implantação das propostas, e, finalmente, reaparece quando da elaboração final da “peça” orçamentária, de acordo com a legislação vigente (TEIXEIRA, 2010, p.71).

⁸ Lei Complementar nº141/2012, Decreto nº7508/2011, Art. 15 e Portaria MS nº2135/2013 Art. 1º, V.

É vedada a transferência de recurso para qualquer ação, que não estejam estipulados no Plano de Saúde, salvo casos de emergenciais e situações de calamidade pública, conforme dispõem o §2 do artigo 37 da Lei 8080/1990.

Feita a análise situacional, a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores o PMS deve constar também, segundo a Portaria nº2135/2013, o processo de monitoramento e avaliação, com as ações a serem desenvolvidas para que os objetivos planejados possam ser monitorados, avaliados e corrigidos. Essa avaliação deve ser contínua e ser discutida junto com o Conselho de Saúde e abranger o processo geral de desenvolvimento do PMS, contendo os avanços alcançados e os desafios a serem superados (BRASIL, 2009).

Depois o plano segue para a apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que se aprovado publica resolução constando a aprovação.

Esse é um momento para discussão e incorporação das últimas sugestões do controle social antes da formatação final e da aprovação do PMS.[...] Para a reunião de apresentação da proposta do PMS ao CMS, podem ser convidados também profissionais de saúde, prestadores de serviços de saúde, lideranças comunitárias e representantes de outros setores da prefeitura, no intuito de enriquecerem a discussão e apresentarem contribuições (MINAS GERAIS, 2013, p.66).

Após feitas as adequações e incorporadas as contribuições dos conselheiros de saúde a cópia da ata ou resolução de aprovação do CMS é anexada ao PMS, devendo a versão ser assumida em ato formal pelo gestor municipal que deve publicar em ato formal seu compromisso em utilizá-lo como instrumento orientador estratégico (SES-MG, 2013; BRASIL, 2009).

O PMS é um instrumento flexível e dinâmico que no decorrer do quadriênio incidente, caso seja necessário deve haver reajustes e ser executado não engavetado, objetivando a operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar problemas e atender as necessidades de saúde da população (SALIBA *et al.*, 2013).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Prodanov e Freitas (2013) definem a metodologia como o conjunto de processos e/ou operações mentais que se emprega na investigação que propicia à produção de conhecimento. Assim o método aplicado examina, descreve e avalia métodos e técnicas de pesquisa que possibilitam a coleta e o processamento de informações, visando ao encaminhamento e à resolução de problemas e/ou questões de investigação.

4.1 Caracterização do método utilizado

No intuito de analisar comparativamente os Planos Municipais de Saúde dos municípios de Carlos Chagas, Nanuque e Serra dos Aimorés e sua conformidade com a legislação, optou-se pela abordagem de pesquisa de cunho qualitativo,

nesta perspectiva, um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada [...]. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno (GODOY, 1995,p.57).

Para a compreensão do objeto de estudo, utilizou-se de dados secundários, de pesquisa documental e bibliográfica. Mattar (2009) define os dados secundários, sendo aqueles que já foram coletados, tabulados, ordenados e até mesmo analisados e encontram-se catalogados à disposição daqueles que têm interesse.

Marconi e Lakatos (2001) conceitua pesquisa bibliográfica como aquela que contempla a toda a bibliografia já publicada referente ao tema em estudo tendo como finalidade a colocação do pesquisado em contato direto com o que publicado, atuando não como como repetição de um tema já dito mas propiciando ao exame de um tema sob nova abordagem e enfoque e conclusões. Já (GIL, 2014) aborda que a pesquisa documental utiliza-se de “materiais que não receberam ainda tratamento analítico [embora] existem os documentos de segunda mão que já foram de alguma forma analisados, tais como relatórios de pesquisa, [...]tabelas estatísticas etc”.(GIL, 2014), distinguindo-se portanto da bibliográfica que considera as contribuições de vários autores sobre determinado assunto. A pesquisa documental tem sua utilização “destacada no momento em que podemos organizar informações que se encontram dispersas, conferindo-lhe uma nova importância como fonte de consulta” (GIL, 2008 *apud* PRODANOV; FREIRAS, 2013).

4.2. Organização, planejamento e aplicação da pesquisa

A prática metodológica da pesquisa iniciou-se por meio de uma leitura de bibliografias sobre o planejamento em saúde. Barros e Leff (2007), ressaltam a importância da pesquisa bibliográfica para a formação acadêmica ao passo que permite ao discente obter uma postura crítica quanto a elaboração de informações da produção científica existente. Sendo encontrado um vasto acervo publicado no planejamento em saúde, sobretudo na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde da Fundação Osvaldo Cruz.

Em seguida foi realizada pesquisa documental, por meio de consulta às legislações do SUS sobre o assunto, manuais do SUS e da leitura dos Planos Municipais de Saúde (2018-2021) dos municípios da Região de Saúde de Nanuque, disponíveis no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão – SARGSUS, no período de 13 a 22 de março de 2016, a fim de verificar a compatibilidade dos elementos necessários neste instrumento, com a legislação em vigor. Dentre os instrumentos de planejamento de SUS, optou-se por analisar os Planos Municipais vigentes, pois estes são considerados pela própria legislação o instrumento central de planejamento nas esferas do SUS e sua elaboração adequada contribui para constar de maneira clara aos colaboradores das PMSs as diretrizes, objetivos e metas a serem atingidas, facilitando a elaboração dos demais instrumentos de planejamento de saúde (Brasil, 2009).

Em relação à fase analítica, foi organizado um quadro contendo os requisitos exigidos pelo art. 3º da Portaria nº 2135/2013, que devem conter um PMS, sendo eles a análise situacional, diretrizes, objetivos, metas e indicadores e o processo de monitoramento e avaliação, apresentado no quadro a seguir:

Quadro 01. Requisitos básicos para o PMS

Requisitos	Aspectos
Análise Situacional	Estrutura do sistema de saúde
Art. 3º - Inciso I	Redes de atenção à saúde
	Fluxos de acesso
	Condições Socio sanitárias
	Recursos financeiros
	Gestão do trabalho e da educação na saúde
Definição de:	Diretrizes
Art. 3º - Inciso II	Objetivos
	Metas
	Indicadores
O processo de:	Monitoramento
Art. 3º - Inciso III	Avaliação

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado Ministério da Saúde (2013)

4.3 Delimitação do estudo da pesquisa

Na fase analítica dos PMS, que teve por base teórica os quatro momentos da dinâmica do processo de planificação proposto por Matus (1991), que são: o explicativo, o normativo ou prescritivo, o estratégico e o tático operacional; observou-se limitações de análise no que tange à utilização de dois desses referenciais; o estratégico, por decorrência da ausência de análise de viabilidade técnica e econômica e o tático-operacional, que se refere a execução do plano, pois o exame de conteúdo dos PMS não permitiu evidenciar a existência desses momentos, embora Rivera e Artmann (2012), considerem que no processo de planificação todos os momentos supracitados ocorram de maneira simultânea e integrada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O processo de construção do planejamento do SUS

Por meio de pesquisa documental e apoiado em parte por levantamento bibliográfico, observou-se que o planejamento do setor saúde no Brasil foi influenciado pelo Método Cendes/OPAS, iniciado antes da existência do SUS, conforme afirmado por Carnut (2012), e com a criação do Sistema Único de Saúde, a partir da publicação da Lei nº8080/1990, a existência do Plano de Saúde foi condição necessária para o repasse de recursos financeiros.

No decorrer desses 26 anos de existência do SUS, percebe-se reiteradas tentativas de tornar a atividade de planejamento e monitoramento e avaliação deste como balizador para as ações e serviços de saúde em todas as esferas de gestão do SUS. Assim, foram criados em 1992 o Sistema Nacional de Planejamento, a institucionalização da Agenda de Saúde pela Portaria nº548/2001, e a criação do PlanejaSUS, com o advento do Pacto pela Saúde em 2006, que visava a fortalecer o planejamento no âmbito do SUS por meio de compartilhamento de informações entre as três instâncias de gestão do SUS, a avaliação contínua da situação de saúde e criar uma cultura de planejamento que contribuísse para a efetivação do SUS (BRASIL, 2009), sendo até mesmo publicada portaria em 2008 destinando recursos para ações de capacitação, treinamentos seminários a fim de atingir esses objetivos. Essa atividade dentro do SUS ainda requer avanços sobretudo no que tange à compatibilização dos instrumentos de planejamento aos instrumentos de orçamento público (FARIA *et al.*, 2014) tanto na avaliação e monitoramento das ações planejadas (CARVALHO *et al.*, 2012).

5.2 Os PMS da Região de Saúde de Nanuque

Os três municípios da Região de Saúde Nanuque-MG, elaboraram o Plano Municipal de Saúde no ano de 2013 para vigência no período (2014-2017) e tiveram esse instrumento de planejamento aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, após consultas à população nas plenárias de saúde. Os gestores dos municípios optaram por não realizar a Conferência Municipal de Saúde por esta ter sido realizada em 2011, conforme orientação do COSEMS-MG, conforme informações apuradas na Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni.

Em todos os planos analisados foram registrados a descrição histórica dos municípios, seu processo de formação e povoamento e os indicadores demográficos e sociais,

com destaque para o do município de Nanuque que constou análise de todos os indicadores populacionais apresentados como pirâmide etária, taxa envelhecimento e renda da população

O Plano Municipal de Saúde do município de Nanuque-MG apresentou em sua análise situacional a estrutura do sistema de saúde. Todas as Redes de Atenção à saúde que o município está inserido foram registradas. Foi abordado também as condições socio sanitárias da população constando os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre a renda populacional, escolaridade e número de estabelecimentos de ensino, as formas pelas quais se dá o abastecimento de água e a quantidade de domicílios atendidos, e a coleta de esgoto e lixo. No plano municipal constou também o número de domicílios que recebem energia elétrica e os que não recebem, a quantidade de domicílios que, em decorrência do processo de urbanização, têm ordenamento irregular e carência de pavimentação, abastecimento de água etc.

Foi descrito também o perfil epidemiológico do município com as principais causas de morte, as taxas de mortalidade infantil e a cobertura de vacinação alcançada pelo município no ano de 2012. Foram apresentados dados do SINAM sobre os agravos notificados com destaque para a Dengue e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). As diretrizes constadas no PMS de Nanuque foram chamadas de “Objetivo Estratégico”.

O PMS do município de Carlos Chagas-MG apresentou os dados do IBGE em relação a população, mas não abordou tanta informações referentes aos dados socio sanitários como o município de Nanuque, se limitando a informar a extensão de sua rede de esgoto, seu tipo predominante (misto) e descrição das condições habitacionais, sem apresentação de dados. Os dados da população alfabetizada do IBGE, foram extraídas do censo do ano 2000.

Quanto a estrutura do sistema de saúde, o PMS de Carlos Chagas constou todas os serviços presentes no município, e descreveu o perfil epidemiológico local constando as principais causas de morte. Em relação à gestão do trabalho e educação na saúde, abordou as dificuldades apresentadas com os trabalhadores da Atenção Primária, registrou entre seus objetivos pretendidos as diversas ações relacionadas à gestão do trabalho como seminários e oficinas. As diretrizes foram denominadas no PMS como Objetivo.

O PMS de Serra dos Aimorés apresentou um grande número de gráficos e tabelas sistematizando os dados socio sanitários, como tipo de domicílios, taxa de analfabetismo, número de escolas e alunos matriculados, coleta de lixo, tratamento de água que os municípios anteriores, porém não houve descrição do perfil epidemiológico municipal, somente a apresentação de tabelas e gráficos com as informações no SIM, SIPNI, SINAM e SIAB. O Plano do município registrou a estrutura do sistema de saúde municipal, mas não

abordou as Redes de Atenção à Saúde integradas pelo município e considerou em seus objetivos diversas ações a serem desenvolvidas na gestão do trabalho, porém não descreveu quais profissionais compõem o quadro da SMS, seus vínculos e os problemas decorrentes da precarização do trabalho.

5.3 Análise comparativa dos PMS com a legislação

Através da análise dos PMS dos municípios da Região de Saúde e pesquisa similar a publicada pelo trabalho de Saliba *et al.* (2013), referente a municípios do Estado de São Paulo, buscou-se verificar se esses instrumentos estão em conformidade com os elementos necessários, que o constituem conforme a legislação.

O §3º do artigo 3º da Portaria nº2135/2013 dispõem que a análise situacional dos Planos de Saúde devem conter a estrutura do sistema de saúde, as redes de atenção à saúde, as condições socio sanitárias, os fluxos de acesso; os recursos financeiros, a gestão do trabalho e da educação na saúde e a ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão.

5.3.1. A estrutura do Sistema de Saúde

Todos os PMS analisados constavam a estrutura do sistema de saúde do município, porém no do município de Nanuque não constava a rede privada (como laboratórios de análises clínicas, consultórios médicos etc), embora tivesse sido citado sobre a existência de dois hospitais particulares existentes não no trecho específico relacionado a estrutura do sistema de saúde, mas no trecho referente à sobrecarga de Autorização de Internações Hospitalares (AIH) no Pronto Socorro Municipal Renato Azeredo. O PMS do município de Serra dos Aimorés, além de constar sua rede privada catalogou também todas as informações referentes as estruturas, inclusive o número de móveis e a estrutura de conservação de cada Estratégia de Saúde da Família⁹ (ESF).

⁹ Segundo o Ministério da Saúde, são equipes compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe é responsável por acompanhar, no máximo, 4 mil habitantes (3 mil habitantes é média recomendada) em uma área (território) definida. A atuação das equipes, que funcionam como porta de entrada do SUS, ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

5.3.2. Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde se referem ao conjunto das ações e serviços de saúde organizados sob níveis de complexidade, objetivando garantir a integralidade da assistência à saúde, sendo compreendida no âmbito de uma ou mais Regiões de Saúde. (CONASS, 2015).

No PMS do município de Carlos Chagas as Redes de Atenção à Saúde descritas não estão completas e os fluxos de encaminhamento dos serviços em rede pactuados não foram registrados. Somente o município de Nanuque descreveu a Rede de Atenção à Saúde contida no município (Rede Básica de Urgência e Emergência, Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, Sala de Estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS, Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar), de maneira pormenorizada em sua análise situacional, entretanto os fluxos de acesso aos serviços também não foram registrados. A descrição mais próximas dos fluxos de acesso, exigido pela alínea d do §3º da Portaria nº2135/2013, presente nos PMS analisados foi referente ao serviço de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

Os casos para os quais o município não dispõe de resolubilidade são encaminhados através do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para serviços especializados em outras localidades. O transporte é feito através de ambulância, quando necessário, e ônibus com passagens fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. (PMS, NANUQUE)

5.3.3. Condições socio sanitárias

As condições socio sanitárias também estiveram presentes no planos analisados, constando, quantitativo da população por sexo, com dados sobre coleta de lixo e tipo e quantidade de esgotamento sanitário, embora os dados do município de Carlos Chagas contivesse menor quantidade de dados, como os outros municípios que usaram como fonte o IBGE ou o SIAB/DataSUS (Sistema de Informação da Atenção Básica). Os planos analisados continham também o perfil epidemiológico do município com as taxas de mortalidade, natalidade e principais causas de morte. O município de Serra dos Aimorés não apresentou o IDH.

Os dados do censo do IBGE de 2010 relativos à renda da população, não foram registrados no PMS de Carlos Chagas.

5.3.4 Fluxos de Acesso

Nenhum dos PMS analisados apresentou fluxos de acesso para os serviços oferecidos. O PMS e instrumento de acesso público e o registro dessa informação facilita o entendimento dos usuários do sistema e Ministério Público dos fluxos de referência e contrarreferência de acesso aos serviços. Assim a falta de registros desses fluxos no PMS desfavorece a população que, tende a recorrer aos serviços em unidades nas quais eles não são oferecidos, demandando maior tempo e desgaste na resolutividade dos problemas.

5.3.5 Recursos Financeiros

Os recursos financeiros recebidos pelos blocos de financiamento do SUS, conforme dispôs a Lei Complementar nº141/2012, nos quatro anos de vigência do PMS anterior, não foram registrados. Os recursos previstos para as ações programadas também não foram registrados em nenhum dos PMS. O documento do município de Nanuque continha tabela com recursos recebidos em 2008 de algumas rubricas do SUS, e as fonte de arrecadação da Prefeitura Municipal do ano de 2012. Uma das causas prováveis para essa ausência dos recursos financeiros no PMSs é que o controle dos recursos financeiros do SUS sejam elaborados e fiscalizados pela Contabilidade Municipal, que geralmente não está atrelada à SMS mas a prefeitura. O único trecho do PMS do município de Serra dos Aimorés constava recursos financeiros era uma seção cujo índice era “síntese de orçamento para a Secretária Municipal de Saúde-2014”, ou seja, um ano que sequer era compreendido no Plano em questão.

Embora seja prevista pela Lei Orgânica do SUS, a previsão dos recursos financeiros para as ações no PMS; medida esta que foi ratificada com a regulamentação da Emenda Constitucional nº29 de setembro de 2000¹⁰, através do Artigo 22 da Lei Complementar nº141/2012, infere-se que a compatibilidade dos instrumentos de planejamento do SUS com os instrumentos de orçamento público representam um grande desafio para a construção do SUS. Sobre esse assunto Faria *et al.* (2014) comenta que

Isto não era, e pode ainda não ser, uma rotina para a maioria dos municípios. Na maioria das vezes, os instrumentos eram realizados isoladamente, em

¹⁰ Essa Emenda Constitucional estabeleceu que os Estados devem utilizar 12% da arrecadação dos impostos, retiradas as parcelas transferidas a municípios, em saúde. Os municípios, por sua vez devem aplicar 15% do produto da arrecadação dos seus impostos com saúde.

tempos diferentes, o que não permitia esta compatibilização. Mas agora, é preciso investir concretamente neste processo, pois trata-se de uma determinação legal. É preciso, também, aproximar-se da gestão financeira do SUS e qualifica-la cada vez mais. (FARIA *et al.*, 2014, p.2)

A ausência de orçamento para as ações também consta no trabalho publicado por Saliba (2013) que comenta que

torna-se necessária a construção de uma gestão orçamentária-financeira do SUS que fortaleça o elo entre o Fundo Municipal de Saúde, que possui as funções de planejar, orçar, executar, coordenar, acompanhar as atividades orçamentárias, financeiras e contábeis; e o Conselho Municipal de Saúde, que deve fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, possibilitando o controle social sobre todas as etapas. (SALIBA *et al.*, p. 227)

Por meio de uma pesquisa em dados secundários de recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), foi possível coletar dados de valores monetários que poderiam ter sido utilizados como base de informações subsidiar a previsão orçamentária para as ações e serviços a serem desenvolvidos entre período de 2018-2021.

TABELA 2: RECURSOS TRANSFERIDOS GOVERNO FEDERAL PARA CARLOS CHAGAS 2014-2017

	2014	2015	2016	2017	TOTAL
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	-			36.934,04	36934,04
ATENÇÃO BÁSICA	2.122.823,38	2.437.244,00	3.063.953,00	2.522.312,48	10.146.332,86
GESTÃO DO SUS	-	-	-	-	
INVESTIMENTO	480000,00	57.000,00	-	-	537.000,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	30.883,48	225.660,81	816.725,45	1.241.703,74	2.291.338,74
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	125.237,90	126.074,30	190.066,03	217.418,33	658.796,56
TOTAL	2.326.944,76	2.844.005,11	4.062.848,48	4.004.603,93	

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

Pela Tabela 2, verifica-se que os investimentos federais no bloco de financiamento Gestão do SUS foram inexistentes para o município de Carlos Chagas e os recursos para média e alta complexidade, que abrangem também o pagamento desses serviços em outros municípios aumentou 40,21%. Todos os recursos tiveram progressivo aumento nos anos analisados, embora não houvesse sido feitos repasses do Fundo Nacional de Saúde para

custeio da Assistência Farmacêutica do SUS entre 2014 e 2016. aumentaram nos anos analisados, a exceção dos recursos para a gestão do SUS, que tiveram aumento somente entre 2010 e 2011. Os recursos voltados para a Vigilância em Saúde também aumentaram, registrando percentual de 74% entre 2014 e 2017. Grande parte do aumento da verbas da Atenção Básica no município de Carlos Chagas é devido a adesão do município ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº1654 de 19 de julho de 2011.

A Tabela 3, do município de Serra dos Aimorés, registrou aumento nos recursos da Atenção Básica, que responde a 100% dos serviços de saúde presentes neste município, conforme informado em seu Plano Municipal de Saúde.

Dentre os municípios desta Região de Saúde o município de Nanuque foi o que mais recebeu recursos com vistas à gestão do SUS no período analisado, bem como de investimentos, item no qual superou o município de Carlos Chagas em R\$1.566.600,00.

TABELA 3: RECURSOS TRANSFERIDOS GOVERNO FEDERAL PARA NANUQUE 2014-2017

	2014	2015	2016	2017	TOTAL
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	210.777,96	193.213,13	228.342,79	218.281,52	850.615,40
	3.182.770,39	3.457.402,75	3.863.065,59	3.689.144,24	14.1192.382,97
ATENÇÃO BÁSICA	8000,00	-	-	2.000,00	10.0000
GESTÃO DO SUS					
INVESTIMENTO	979.200	974.460,00	149.940,00	-	2.103.600,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	2.226.223,43	2.390.074,32	2.223.020,97	2.815.369,48	9.654.688,20
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	279.922,65	273.785,89	449.722,73	491.030,36	1.494.461,63
	6.881.894,43	7.288.936,09	63964.092,08	7.225.825,60	78.478.853,77
TOTAL					

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

**TABELA 4: RECURSOS TRANSFERIDOS GOVERNO FEDERAL PARA SERRA DOS AIMORÉS
2014-2017**

	2014	2015	2016	2017	TOTAL
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	-	-	-	16.347,56	16.347,56
ATENÇÃO BÁSICA	1.160.704,40	41.017.952,04	1.111.412,04	1.311.897,32	446.019,66
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	57.181,31	60.811,13	106.218,82	98.775,52	322.986,78
TOTAL	1.217.885,71	1.078.763,17	1.217.630,86	1.427.020,40	4941300,00

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

5.3.6. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Quanto a gestão do trabalho os Planos de Saúde dos municípios somente o município de Serra dos Aimorés apresentou a descrição dos vínculos empregatícios e a análise da composição de equipes de cada ESF, conforme orientado pelo PlanejaSUS. O Plano do município de Carlos Chagas continha os vínculos empregatícios dos 200 funcionários da SMS, porém não estava discriminado por ESF ou Unidade de Saúde. O PMS do município de Nanuque, embora constasse o organograma da SMS; bem como Carlos Chagas, não registrou número de funcionários e descrição de vínculos numa parte específica. O quantitativo e função dos profissionais que compunham o quadro de funcionários da SMS Nanuque foi registrado de maneira incompleta, e os dados registrados referentes à gestão do trabalho ficaram esparsos no PMS, pois só foram citados na apresentação de alguns dos serviços ofertados no município, sendo eles: Saúde Mental (05 funcionários), Saúde Bucal (13 funcionários) e ESF (02 fisioterapeutas e uma enfermeira em cada uma das 10 unidades, além de uma coordenadora). Nenhum dos planos de saúde analisados relatou se havia Plano de Cargos e Salários no município, os problemas decorrentes da precarização do trabalho e os mecanismos de negociação com os trabalhadores da saúde, conforme orientado pelo PlanejaSUS.

Ações visando à educação na saúde e capacitação dos profissionais foram planejadas para o período em vigor nos PMS analisados, porém a análise situacional não constou ações ou programas de capacitação que são feitas pelos profissionais.

5.3.7 Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão

No que tange à ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão, não foram registrados parcerias com Instituições de Ensino e de pesquisa existentes, nem as suas especialidades de pesquisa. Quanto ao fortalecimento da gestão do SUS, foi citado no PMS de Nanuque a implantação da Ouvidoria; o documento de Carlos Chagas elencou como uma de seus objetivos “Favorecer o acesso da população ao exercício do controle social através do Conselho de Saúde e Conferências Municipais de Saúde.” (PMS Carlos Chagas, 2018-2021) e o município de Serra dos Aimorés pretendia criar a Ouvidoria em Saúde Municipal. Não foram registrados na análise situacional a realização de capacitações com os conselheiros de saúde e desafios da regionalização atual a serem superados.

5.3.8 Diretrizes, objetivos, metas e indicadores

O inciso II, do §3º do artigo 3º da Portaria nº2135/2013 estabelece que o PMS deve conter a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores que regerem os municípios no período de quatro anos.

Em nenhum dos planos analisados, constou o termo “diretrizes”, embora as diretrizes houvessem sido traçadas no documento de Carlos Chagas e Nanuque mas registradas sob o termo “Objetivo”, e “Objetivo Geral”, respectivamente. O município de Serra dos Aimorés em alguns trechos usou o termo “Meta Gerencial Período” para se referir às Diretrizes, porém se confundiu classificando como “Meta Gerencial Período” objetivos. Percebe-se assim, dificuldades no entendimento dos técnicos responsáveis pelo planejamento no entendimento e elaboração das diretrizes para o Plano Municipal de Saúde.

Nos objetivos traçados pelos municípios não havia registro de nenhum indicador de monitoramento e algumas metas traçadas nos planos analisados não foram quantificadas, embora o prazo para atingimento estivesse constado em todas elas.

Os indicadores dos objetivos assumidos só foram registrados no PMS do município de Nanuque.

5.3.9. O processo de monitoramento e avaliação

O processo de monitoramento e avaliação, também exigido pela legislação, esteve ausente nos planos analisados, essa conclusão reitera a conclusão citada por Carvalho *et al.* (2012) do próprio Ministério da Saúde

A avaliação em saúde apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional,

aparecendo de maneira pouco ordenada e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE *apud* CARVALHO *et al.*, 2012, p. 904).

O PMS do município de Carlos Chagas continha registro de formalizar equipe responsável pelo acompanhamento das metas pactuadas no plano, a ser composta por profissionais do controle e avaliação da SMS, do coordenador municipal de epidemiologia e de representante do Conselho de Saúde, devendo emitir relatórios trimestrais a fim de acompanhar as metas a serem cumpridas pelo município, todavia não tal comissão não foi registrada no PMS, ou na Resolução de Aprovação do CMS, disponível no SARGSUS.

Nos PMSs em questão não estiveram registrados relatos de incorporação das propostas votadas nas Conferências de Saúde, nem anexos da ata das conferências. No PMS de Serra dos Aimrés, foi registrado, dentre os atores responsáveis pela elaboração do instrumento o CMS, a ata de aprovação do PMS de Serra dos Aimorés foi anexada ao plano, porém o documento do município não estava disponível no SARGSUS, conforme estabelece o §7 do Art. 3º da Portaria nº2135/2013, sendo preciso ter sido buscado o PMS para análise junto a Superintendência Regional de Saúde de Teófilo Otoni-MG.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente teve por objetivo analisar comparativamente os Planos Municipais de Saúde vigentes dos municípios da Região de Saúde de Nanuque-MG, a fim de evidenciar a conformidade desses instrumentos com o disposto na legislação de planejamento do SUS. Por meio das análises que foi desenvolvida neste trabalho pode-se verificar que o planejamento em saúde no Brasil foi-se consolidando a ponto de hoje existirem enfoques metodológicos do planejamento em saúde de autores brasileiros.

Apoiado, em parte, em um levantamento bibliográfico, observou-se a influência de enfoques metodológicos de autores latino-americanos que contribuíram significativamente para a priorização dos problemas em saúde (Método Cendes/OPAS) e para a sistematização da planificação na política pública por meio do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (1991), que embasou a legislação vigente referente ao planejamento do SUS que embora tenha seu viés no Planejamento Normativo, como a coordenação dos trabalhos pelas SMSs, a vinculação do PMS aos recursos orçamentários contemple também a participação popular e, conforme os instrutivos para o PMS estudados, a articulação de diversos profissionais de todas as áreas da SMSs que devem contribuir para a construção do Plano com diversas visões e soluções para um mesmo problema.

A legislação, através dos requisitos que dispõem para a composição do PMS, induz os entes a fazerem uso do Planejamento Estratégico Situacional através dos quatro momentos descritos por Matus (1991), a saber: análise situacional, criação da situação-objetivo, a análise de viabilidade e o desenho das estratégias. Embora, a análise documental dos planos municipais não permitiu evidenciar a existência do momento estratégico, por decorrência da ausência de viabilidade técnica e econômica e o tático-operacional, uma vez que a execução do plano, não constitui objeto de análise.

A realização desta pesquisa permitiu compreender o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, que envolve diversos atores e interesses e viabilidades econômicas e políticas e que, devida a complexidade do Sistema de Único de Saúde e suas competências aplicadas pela lei, requer uma análise situacional apurada para melhor identificação das necessidades de saúde da população.

Através da análise dos Planos Municipais de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Nanuque, observou-se que essa Análise Situacional poderia contemplar de forma significativa todos os elementos dispostos pela lei, como fluxos de acesso e descrição completa da organização das Redes de Atenção à Saúde.

A ausência de indicadores que contemplem o monitoramento das ações programadas

em dois, dos três municípios analisados é um fator que contribui para que o Plano Municipal de Saúde, não se efetive como um instrumento estratégico de gestão, mas um mero documento formal.

Pela análise dos planos verificou-se também dificuldades no entendimento de alguns conceitos trazidos pela legislação do Planejamento no SUS, como o de “diretrizes” pelos técnicos responsáveis pela coordenação do trabalho do PMS nas SMSs e o desafio na construção do SUS nos municípios para a compatibilização dos instrumentos de planejamento com os instrumentos orçamentários. Capacitações e oficinas com os técnicos a serem desenvolvidas pelos municípios, SES-MG, e Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde Minas Gerais (COSEMS-MG) podem atenuar essas dificuldades.

Quanto a flexibilidade do PMS, através de consulta junto ao Núcleo de Gestão Regional da Superintendência Regional de Saúde, percebeu-se que embora os municípios da Região de Saúde em estudo tivessem realizado Conferência de Saúde no ano de 2015, não foi apresentado o PMS reajustado, nem disponibilizado no SARGSUS, o que indica que falta de controle social, através dos Conselhos de Saúde, que requer capacitações objetivando uma melhor compreensão dos instrumentos de planejamento do SUS e seu monitoramento.

Para um melhor entendimento das dificuldades na elaboração do PMS pelas SMS, sugere-se que sejam conduzidas técnicas como pesquisas de campo e entrevistas com os técnicos responsáveis pelo Plano, a fim de verificar in loco os desafios para sua elaboração.

REFERÊNCIAS

ARTMANN E.; AZEVEDO C.; SÁ M.; **Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol 13(4), p. 723-740, out-dez 1997.

ARTMANN. E.; **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_5429/5BCSTY9RH6.pdf>. Acesso em: 30. mai. 2018

BAHIA(Estado). Secretaria de Saúde do Estado. **Manual prático de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde.** Salvador: SESAB, 2009. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/arquivos/MANUAL_PARA_ELABORA%C3%87%C3%83O_DE_PMS.pdf> Acesso 27 abr. 2018

BRAGA. M. B. **Integração Econômica Regional na América Latina: Uma Interpretação das Contribuições da CEPAL.** USP. São Paulo. 2002 Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/prolam/article/download/81745/85065/>> Acesso em 01 set 2018

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 08 mai. 2018

_____. **Lei nº8142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, DF: [s.n]. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm> acesso em 07 mai. 2016

_____. Ministério da Saúde. **Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição do SUS.** Brasília, Assessoria de Comunicação Social, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 393, de 29 de março de 2001.** Diário [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, 30 mar. 2001. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/Port393_29Marco_2001.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2018

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95, de 26 de fevereiro de 2001.** Diário [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, 27 set. 2001. Disponível

em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 20 mai.2018

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001.** Aprova o documento de Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS, parte integrante desta portaria. Diário [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, 16 abr. 2001. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/35_Portaria_548_de_12_04_2001.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Diário [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, 28 set. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 04 jul..2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde.** Brasília, Editora MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p.

_____. Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 01 abr. 2018

_____. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 06 abr. 2018

_____. Portaria nº 2135 de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 set. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html> Acesso em: 02 abr. 2018

- BARROS, Aidil J. da S.; LEHFELD, Neide Aparecida de S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007
- BRAVO, Maria I. S.; Política de Saúde no Brasil. In: Mota, Ana E. (org) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional**. Editora Cortês, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>>. Acesso em: 13. jun.2018
- CARNEIRO, Pedro; FOSTER, Aldaísa; FERREIRA Janise. **A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, p. 57-68, jan-mar 2014.
- CARNUT, L.. **Planejamento e programação de ações em saúde: conceitos, importância e suas influências na organização dos serviços de saúde bucal**. J. Manag Prim Health Care, [S.l.], v. 3, n.1. 2012; p.53-61 Disponível em: <[http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/FIOCRUZ%20Planejamento%20Programa o%20conceitos%20e%20importncia.pdf](http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/FIOCRUZ%20Planejamento%20Programa%20o%20conceitos%20e%20importncia.pdf)> Acesso em 06 jun. 2018
- CARVALHO L. et al. **A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.17 n.4, p. 901-911, Abr. 2012
- CHAGAS. Magda . S. (org.). **Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde: Planejamento e Gestão**. Niterói, UFF/ CEAD, 2014. CD-ROM
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A Gestão do SUS**. Brasília, CONASS, 2015. 133p.
- _____. **A atenção primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, CONASS, 2015, p. 127
- CUNHA. Jane Cléia C. B.; SANTOS. Rozilda dos.; SAKAE. Thiago Mamôru. **Relatório de Gestão: instrumento de avaliação e planejamento dos Sistemas de Saúde?**, Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, v. 35, n.2, 2006, p. 68-71
- DAGNINO, R. P. Planejamento Estratégico Governamental. 2ª ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, 2012;
- ERDMANN, A.L.; et al. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de**

serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em:24. mar. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018

FADEL, Cristina Berguer et al. **Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil.** RAP, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p. 445-456, 2009

FARIA, M.; MAIA, P.; MARISA. S. **Instrumentos de gestão do SUS. Unidade I – Planejamento em Saúde (Notas de Aula).** Belo Horizonte: COSEMS-MG-EAD. 2014. Disponível em: <<http://.cosemsg-ead.org.br>> Acesso em: 30 mar. 2018.

_____. **Instrumentos de gestão do SUS. Unidade II – Diagnostico Situacional do município (Notas de Aula).** Belo Horizonte: COSEMS-MG-EAD. 2014. Disponível em: <<http://.cosemsg-ead.org.br>> Acesso em: 30 mar. 2018.

_____. **Instrumentos de gestão do SUS. Unidade III – O planejamento Municipal (Notas de Aula).** Belo Horizonte: COSEMS-MG-EAD. 2014. Disponível em: <<http://.cosemsg-ead.org.br>> Acesso em: 30 mar. 2018.

_____. **Instrumentos de gestão do SUS. Unidade VI – Compatibilização dos Instrumentos de Gestão do SUS com os Instrumentos Orçamentarios (Notas de Aula).** Belo Horizonte: COSEMS-MG-EAD. 2014. Disponível em: <<http://.cosemsg-ead.org.br>> Acesso em: 30 mar. 2018.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995

GIOVANELLA, Ligia. **As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina.** Cadernos de Saúde Pública, v.7, n.1, p. 26-44 jan-mar. 1991. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>> Acesso em 01 abr. 2018

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2001. 288 p.

MACHADO, Cristiani V.; BAPTISTA, Tatiana W. F.; LIMA, Luciana D. **O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2367-2382, 2010

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de Marketing.** 6ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2012. 123 p.

MATUS, C. **O Plano como Aposta.** São Paulo em perspectiva. 5 (4): 28-42 out/dez. 1991

Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n04/v05n04_07.pdf> Acesso em 01 set. 2018

MATUS, Carlos. **O Plano como aposta**. In: Giacomoni J. PAGNUSSAT, J.; (org). Planejamento e Orçamento governamental. Brasília. ENAP, 2007. p. 115-144.

MATTAR, Fauzer Najib. **Pesquisa de Marketing: metodologia, planejamento**. 6. ed. 3. reimp. São Paulo: Atlas, 2009

MINAS GERAIS. Secretária Estadual de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1970 de 18 de novembro de 2012. Diário Oficial de Minas Gerais
_____. **Instrutivo de Planejamento, Compilado Geral**. Belo Horizonte: SES-MG, 2013. p.120

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS**, Brasília, Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. 1999. 50 p

OLIVEIRA, Luciano. **Direito e Saúde Pública**. [S.l.]. 26. Fev. 2012. Disponível em:<<http://direitoesaudepublica.blogspot.com.br/2012/02/atencao-terciaria.html>> Acesso em 24 mar. 2016

PAIM, J.; TEIXEIRA, C.; **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Revista Saúde Pública [online], vol.40 (N. Esp), p. 73-78. 2006.

PAIM et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Saúde no Brasil. Salvador, v. 01, p. 11-31, 2011. Disponível em: <<http://downlad.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> Acesso em: 05 jun. 2017

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. Ed. Rio Grande do Sul. Feevale. 2013. p. 24.

RIVERA, F. X. U. Planejamento de Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. FIOCRUZ Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>>. Acesso em: 26 mar. 2018

RIVERA, Francisco J.; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol.15 no.5, p.

355-365. Ago. 2010

_____. **Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol.15 no.5, p. 2265-2274. 2010.

RIZZOTO, M. L. F. **Planejamento em Saúde: Aspectos Historicos e metodológicos.** Cascavel. p.87, [2011?]

RUA, M. G. Políticas Públicas. 2ª ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, 2012;

SALIBA, Nenre Adas et al. **Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão.** Bioscience Journal, Uberlândia, v. 29, n. 1, Jan./Feb. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/15054/11991>>. Acesso em 02 abr. 2018

SOUZA, Georgia C.; COSTA. Irís C., **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n.3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>. Acesso em 16.jun.2018

PIMENTEL, Ernani et al. **SES-MG: Conhecimentos comuns para todos os cargos de nível superior e médio,** Brasília, Vestcon, 2014, p. 93.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência e saúde coletiva.** Rio de Janeiro, vol.4 no.2 , p. 287-303, 1999.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento Municipal em Saúde. Salvador, BA: ISC-UFBA, 2001. 56 p.

_____. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos, e experiências.** Salvador. Edufba. 2010, 161 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Editora Atlas. 1987. p. 145-158.

VIEIRA. Fabíola S. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 14. p.1565-1567, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf>>. Acesso em 26. mai.2018

VILLASBÔAS, Luisa.; PAIM, Jairnilson. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6): p. 1239-1250, jun, 2008.



Universidade Federal
de São João del-Rei

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - NEAD



NEAD - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI - UFSJ
INSTITUÍDA PELA LEI Nº 10.425, DE 18/04/2002 - D.O.U. DE 22/04/2002
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - NEAD - UFSJ
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO PÚBLICA

ATA DE DEFESA DE TCC

CANDIDATO (A): Lucas Guimaraes Nunes

NÍVEL: (X) Especialização () Mestrado () Doutorado

DATA DA DEFESA: 15/09/2018

HORÁRIO DE INÍCIO: 10 13h LOCAL: Polo Timóteo

MEMBROS DA BANCA

NOME COMPLETO	CPF	FUNÇÃO	TÍTULO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
Cristiano Grijó Pitangui	05880338630	Presidente	Doutor	UFSJ
Mucio Tosta Gonçalves	58398589604	Membro I	Doutor	UFSJ

TÍTULO: Um estudo do plano municipal de saúde dos municípios da região de saúde Nanuque-MG.

Em sessão pública após exposição o (a) candidato (a) foi arguido oralmente pelos membros da banca, tendo obtido a seguinte nota 90.

- Aprovação por unanimidade
 Aprovação somente após satisfazer as exigências que constam na folha de modificações, no prazo fixado pela banca (não superior a quinze dias).
 Reprovação.

Na forma regulamentar, foi lavrada a presente ata, que é abaixo assinada pelos membros da banca, na ordem acima relacionada e pelo candidato.

Local e data: TIMÓTEO, 15/09/2018

Presidente _____

Membro I: _____

Candidato: _____

Obs: O aluno deverá encaminhar ao professor orientador do curso, no prazo máximo de 15 dias o exemplar definitivo da Monografia postando na plataforma

Observações: _____

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial do presente trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte.

Lucas Guimarães Nunes

lucas.gn0@gmail.com

Universidade Federal de São João Del-Rey

Praça Frei Orlando, 170, Centro,

São João del-Rei, Minas Gerais, CEP: 36307-352

São João Del-Rey- Minas Gerais