

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE  
MARCIA AZEVEDO CORREA

**ANÁLISE DAS PROGRAMAÇÕES ANUAIS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DE  
UMA REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS**

DIAMANTINA

2013

MARCIA AZEVEDO CORREA

**ANÁLISE DAS PROGRAMAÇÕES ANUAIS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DE  
UMA REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Políticas de Integração Saúde e Educação.

Orientador: Prof. Dr. Flávio César F. Vieira  
Coorientador: Prof. Dr. Wellington Oliveira

DIAMANTINA

2013

**ANÁLISE DAS PROGRAMAÇÕES ANUAIS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DE  
UMA REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS**

**MARCIA AZEVEDO CORREA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

APROVADA EM 18/11/2013

Prof. Msc. Ernesto José Hoffmann- UNIMONTES

Prof. Dr. Flávio César Freitas Vieira- UFVJM

Prof. Dr. Wellington Oliveira- UFVJM

DIAMANTINA

2013

Dedico este trabalho ao meu esposo, eterno companheiro, que sempre me apoiou e me incentivou nas minhas conquistas, e aos meus queridos filhos, que suportaram minha ausência nessa trajetória.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar força durante esta caminhada.

Ao Helton, meu amor, companheiro e amigo. Obrigada por me fazer acreditar que era possível, pela compreensão de sempre e pelos incentivos fortalecedores nos momentos de desespero. E por não medir esforços cuidando dos nossos filhos na minha ausência.

Aos meus queridos filhos, Lucca e Gabriel, razão do meu viver! Bênçãos de Deus em minha vida! Amo muito vocês!

A minha querida mãe, que não estava presente fisicamente, mas se faz presente ao meu lado em todos os dias de minha vida.

Ao meu amado pai, pelo carinho e admiração a mim dedicados, e queridos irmãos. As minhas queridas tias, Nelita, Ana e Ivete, pelo carinho e orações em favor da minha vida e conclusão dessa trajetória.

Ao Prof. Flávio, pela orientação e apoio na construção deste trabalho acreditando em mim nos momentos de incerteza. E ao Prof. Wellington Oliveira, pela coorientação deste estudo.

À Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros na pessoa da Sra. Olívia Pereira de Loiola que permitiu que esse sonho se tornasse realidade.

Aos colegas do Núcleo de Gestão Microrregional da SRS de Montes Claros, pela compreensão, apoio e contribuição para que este trabalho se concretizasse.

Às grandes amigas, Adriana e Siderllany, pela amizade e apoio incondicional nos momentos de cansaço e desânimo. Obrigada pelo afeto, dedicação em ouvir meus desabafos e pelas palavras de incentivo.

Agradeço a todos os colegas da turma do Mestrado Ensino em Saúde, em especial às amigas Aline e Patrícia, pela força e apoio nos momentos mais difíceis que passei.

À Dona Áurea e família, que me acolheram tão bem em Diamantina durante essa caminhada.

A Nilvânia, por estar sempre presente cuidando dos meus pequenos na minha ausência.

*"Sem a curiosidade que me move, que me inquieta,  
que me insere na busca, não aprendo nem ensino".*

*Paulo Freire*

## RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar as Programações Anuais de Saúde (PAS) dos municípios de uma região de saúde do Norte de Minas Gerais visando à proposição de uma capacitação aos gestores e técnicos de saúde utilizando como base o manual criado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo de análise das programações anuais de saúde do quadriênio e dos planos municipais de saúde referentes à vigência 2010-2013 dos municípios da região de saúde Montes Claros/Bocaiúva com uso da pesquisa documental. A pesquisa documental foi desenvolvida em três etapas: 1) Pesquisa Bibliográfica e levantamento de fontes primárias. 2) Catalogação e análise das fontes primárias. 3) Elaboração da proposição de capacitação. Na primeira etapa foi realizada uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se referências de livros e manuais do ministério da saúde; artigos científicos, dissertações e teses provenientes de bancos de dados virtuais, tais como Lilacs, Scielo, Periódicos Capes, entre outros. Na segunda fase seguiu-se um roteiro de análise e elaborou-se um instrumento contendo sete critérios essenciais preconizados pelo PlanejaSUS com o intuito de verificar se as PAS foram elaboradas conforme orientações do Sistema de Planejamento do SUS e em consonância com seus respectivos Planos Municipais de Saúde (2010-2013). Verificou-se que a maioria dos municípios analisados neste estudo não apresentou nem 50 % de atendimento aos critérios básicos recomendados. Sendo que os resultados que mais impactaram negativamente nessa análise foram ausência completa da definição de indicadores, estabelecimento parcial das metas e ausência ou presença parcial da definição de recursos orçamentários para o desenvolvimento das ações. Os resultados dessa pesquisa reforçam os pressupostos de que apesar dos avanços encontrados no arcabouço legal desde a criação do SUS no que diz respeito à consolidação do planejamento das ações, principalmente sobre a PAS, os municípios ainda encontram dificuldades para incorporar as práticas estabelecidas de forma efetiva. Espera-se com este trabalho alcançar melhores resultados na elaboração das próximas PAS com a instituição de capacitação estruturada proposta neste estudo.

**Palavras-Chave:** planejamento em saúde; instrumentos de gestão; programação anual de saúde.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the Annual Programming of Health (APH) of municipalities in a region of health from the North of Minas Gerais aiming at the proposition of a training to managers and technicians of health using as basis the manual created by the Secretary of State for Health of Minas Gerais. It is a retrospective descriptive study of analysis of annual programming of health in a period concerning four years and of municipal plans of health regarding the duration 2010 - 2013 from municipalities of the region of health Montes Claros/Bocaiuva with use of documentary research. The documentary research was developed in three stages: 1) Bibliographic Research and survey of primary sources. 2) Cataloguing and analysis of primary sources. 3) Elaboration of the proposition of qualification. In the first stage was conducted a literature search, using references to books and manuals of the ministry of health; scientific articles, thesis and dissertations from virtual database, such as Lilacs, Scielo, Capes Periodicals, among others. In the second phase it was followed a guide analysis and it was produced an instrument containing six essential criteria recommended by PlanejaSUS with the aim of checking whether the APH were drawn up according to the guidelines of the Planning System of SUS and in line with their respective Municipal Plans of Health (2010-2013). It was found that the majority of the municipalities analyzed in this study didn't show 50 % of care for basic criteria recommended. The results that most generated negative repercussions in this analysis were complete absence of defining indicators, partial establishment of goals and partial absence or presence of definition of budgetary resources for the development of actions. The results of this research reinforce the assumptions that despite advances found in legal outline since the creation of the Unified National Health System (SUS) in respect of the consolidation of the planning of actions, mainly on APH, the municipalities still have difficulties to incorporate the established practices in an effective way. It is expected with this work to achieve better results in the elaboration of the forthcoming APH with the instituting a structured qualification proposed in this study.

**Key Words:** health planning; management instruments; annual programming of health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01-	Mapa da Região de saúde de Montes Claros/Bocaiúva.....	15
FIGURA 02-	Momentos do planejamento, instrumentos de gestão e participação das áreas de atuação do SUS .....	25
FIGURA 03-	Percentual de observância dos critérios essenciais na construção da PAS.....	36
FIGURA 04-	Identificação da presença de membros da Equipe de elaboração da PAS.....	39

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLA

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIRA	Comissão Intergestores Regional Ampliada
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de ações Públicas
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
LC	Lei Complementar
LOA	Lei Orçamentária Anual
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MS	Ministério da Saúde
NGM	Núcleo de Gestão Microrregional
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PMS	Plano Municipal de Saúde
OS	Plano de Saúde
PPAG	Planos Plurianuais de Ação Governamental
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAG	Relatório Anual de Gestão
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SRS/MOC	Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros
SUS	Sistema Único de Saúde
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

## SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	14
2.1 Caracterização da Região de Saúde.....	14
2.2 Considerações sobre Políticas públicas.....	17
2.3 Arcabouço legal do planejamento no SUS.....	18
2.4 Importância do planejamento.....	23
2.5 Educação em saúde .....	26
3. INSTRUMENTOS DE GESTÃO (PMS, PAS, RAS).....	28
3.1 Plano municipal de saúde.....	28
3.2 Programação anual de saúde.....	31
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.1 Análises dos PMS e PAS.....	35
5.2 Proposta de capacitação sobre a PAS.....	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
7. REFERÊNCIAS .....	45
APÊNDICES .....	49
ANEXOS .....	55

## 1. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

A motivação e a inquietação para estudar esse tema se deram desde o momento em que me vi inserida na Saúde Pública atuando no Núcleo de Gestão Microrregional (NGM), pertencente à Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros (SRS/MOC), como Especialista de Políticas de Gestão de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde.

Considero que ainda é um grande desafio para os gestores municipais a construção e a aplicabilidade dos instrumentos de gestão no processo de planejamento das ações de saúde de forma concreta e efetiva. É importante considerar que a maioria dos municípios (cerca de 90 %) do país tem menos de 50 mil habitantes, apresentando, no âmbito do planejamento, uma organização incipiente, o que dificulta o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental na conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) nesse nível (BRASIL, 2009).

Dentre os instrumentos de gestão inerentes ao SUS, a Programação Anual de Saúde (PAS), objeto deste estudo, é um instrumento de alta relevância para gestão local uma vez que sua incipiência pode resultar em um planejamento sem sucesso, comprometendo dessa forma a execução das ações planejadas. Além disso, a programação configura a materialização do Plano Municipal de Saúde (PMS) com o objetivo de traduzir esse plano em ações concretas a serem executadas no ano. Dessa forma, a PAS é um instrumento fundamental para um planejamento exitoso das ações de saúde numa gestão municipal.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de se conhecer a realidade concreta da elaboração da Programação Anual de Saúde dos municípios em estudo e a partir daí criar uma proposta de capacitação contínua para os gestores utilizando como base o manual compilado dos instrumentos de gestão elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Essa capacitação visa estimular o gestor de saúde a utilizar o instrumento de gestão citado como ferramenta de análise para melhor planejar as ações de saúde de uma população local.

Ressalta-se que a primeira versão digital do manual com o passo a passo para a elaboração de uma boa programação, elaborado pela SES/MG e disponibilizado aos gestores no 3º Encontro Estadual dos Secretários Municipais de Saúde em 28 de fevereiro de 2013 convergiu na ação de oferecer a esses gestores acesso a informações essenciais à elaboração dos instrumentos básicos de gestão. Havia entre os objetivos dessa pesquisa, inicialmente, a intenção de produzir um manual com a mesma finalidade. Todavia, uma vez que a SES/MG já

o produziu, utilizaremos esse manual como base de dados para a capacitação dos gestores de saúde.

Sendo assim, o foco da presente pesquisa foi o de realizar as análises das programações anuais de saúde com vistas a criar uma proposição de uma capacitação padronizada por meio da utilização do manual criado pela SES/MG.

Na pesquisa, ora realizada, o objeto de estudo foi a análise das programações anuais de saúde com as seguintes questões norteadoras:

- Como ocorreu o processo de elaboração das programações anuais de saúde dos municípios da região de saúde?
- Os municípios seguem as orientações preconizadas pelo Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)?

O objetivo geral é de propor capacitação continuada aos gestores e técnicos de saúde dos municípios da região de saúde Montes Claros/Bocaiúva com base nas análises das Programações Anuais de Saúde dos municípios dessa região, no período de 2010-2013.

Os objetivos específicos são:

- Conhecer, analisar as Programações Anuais de Saúde dos municípios da região de saúde Montes Claros/Bocaiúva vinculada aos seus respectivos Planos Municipais de Saúde (2010-2013).
- Verificar se as Programações Anuais de Saúde do quadriênio foram elaboradas de acordo com as orientações do PlanejaSUS.
- Criar uma proposta de capacitação aos gestores utilizando-se como base o manual criado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Partindo desse contexto, diante da necessidade de se conhecer o processo de planejamento a cerca de como os municípios elaboram suas Programações Anuais de Saúde, foi desenvolvido estudo das análises dessas programações dos municípios da região de saúde de Montes Claros/Bocaiúva do norte de Minas Gerais, bem como seus planos municipais de saúde em vigência no período de 2010-2013.

Cabe ressaltar ainda, que a escolha da região de saúde estudada ocorreu em função da atuação profissional da pesquisadora como referência técnica de assessoria aos gestores dos onze municípios que compõem essa região de saúde.

Nesse sentido, visualizando o planejamento das ações de saúde como um dos componentes essenciais para o aprimoramento da gestão local, surge a necessidade de desenvolver esse estudo, no âmbito municipal, que permita aproximar a realidade deste planejamento nos municípios tomando como base o instrumento de gestão denominado Plano Municipal de Saúde e suas Programações Anuais de Saúde, para que se possa avaliar em que condições semelhante processo ocorre.

Nessa perspectiva, os resultados obtidos nesta pesquisa poderão servir como subsídio para pesquisadores, gestores públicos, profissionais e demais áreas da sociedade, interessados no assunto, uma vez que o processo de planejamento no Sistema Único de Saúde ainda está em consolidação. Além disso, esse estudo poderá contribuir no movimento articulado de capacitação aos gestores de saúde de todos os instrumentos básicos, frente às ações da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Caracterização da Região de Saúde**

De acordo com o Decreto N<sup>o</sup> 7.508 de 2011, região de saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por aglomerado de municípios com a finalidade de **integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde** e será referência para a transferência de recursos entre os entes federativos.

A região de saúde de Montes Claros/Bocaiúva caracteriza-se como região bipolar constituída de onze municípios adscritos (Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento, Montes Claros, Claro dos Poções) que fica localizada na região Ampliada do Norte de Minas, área mineira do polígono das secas e situada na Bacia Alto Médio do São Francisco.

A região possui característica geográfica predominantemente constituída por áreas montanhosas, chapadas, planície, cerrado e grandes áreas de reflorestamento com eucaliptos e pinos. A região apresenta forte desigualdade social e baixa densidade demográfica. Além disso, apresenta extensas áreas rurais e com alta concentração populacional quando comparada a outras regiões do Estado de Minas Gerais. No perfil econômico, a região se destaca nos setores agropecuário e industrial (MINAS GERAIS, 2013).

Definida pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/2009), a região de saúde (chamada de microrregião de saúde anterior ao Decreto N° 7.508) de Montes Claros/Bocaiúva possui os municípios de Montes Claros e de Bocaiúva como municípios sede (ou polo) da região de saúde e está inserida na Região Ampliada de Saúde Norte que tem como sede de macro o município de Montes Claros. Uma característica da região de saúde é possuir o município de Bocaiúva como referência - e polo - para os municípios de Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Olhos D'água, Guaraciama e Joaquim Felício e o Município de Montes Claros como referência e polo para os municípios de Claro dos Poções, Glaucilândia, Itacambira e Juramento.

O desenho da região de saúde pode ser visualizado na figura 1 a seguir:

**Figura 1:** Mapa da Região de saúde de Montes Claros/Bocaiúva



**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Disponível em: <[www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)>. Acesso em 20 de agosto de 2013.

Montes Claros e Bocaiúva são polos da região pelo nível de resolutividade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica. Além disso, Montes Claros é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade.

O Perfil territorial dos municípios adscritos à região de saúde de Montes Claros/Bocaiúva pode ser visualizado na Tabela 1.

**Tabela 1:** Perfil territorial da região de saúde Montes Claros/Bocaiúva

Municípios	Contagem da população 2010	Área da unidade territorial (km <sup>2</sup> )	Densidade hab/ km <sup>2</sup>
Bocaiúva	46.654	3.233	14,0
Claro dos Poções	7.775	706	11,6
Eng. Navarro	7.122	632	10,6
Francisco Dumont	4.863	1.553	3,3
Glaucilândia	2.962	146	19,9
Guaraciama	4.718	392	12,4
Itacambira	4.988	1.788	1,6
Joaquim Felício	4.305	791	4,4
Juramento	4.113	432	9,2
Montes Claros	361.915	3.582	97,4
Olhos D'água	5.337	2.086	2,3
Região de saúde (total)	454.682	15.341	28,5

**Fonte:** IBGE (2010). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em 10 de Setembro de 2013

Conforme demonstrado na Tabela 1, é possível verificar que a maioria dos municípios que compõe a região possui menos de 10.000 mil habitantes. O município de Montes Claros é o município que possui a maior densidade populacional sendo, portanto, polo de toda a Região Norte. O município de Glaucilândia ocupa a segunda maior densidade, porém esse dado não corresponde a sua complexidade e sim em detrimento de sua pequena área territorial.

## 2.2 Políticas Públicas

Segundo Lucchese (2004), as políticas públicas são o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem *a orientação política do Estado* e regulam as *atividades governamentais* relacionadas às tarefas de *interesse público*, que atuam sobre a realidade econômica, social e ambiental. Pode variar de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais.

As políticas públicas demonstram formas de exercício do poder político por meio da distribuição e redistribuição de poder, o papel do conflito social nos processos de decisão, a repartição de custos e benefícios sociais (TEIXEIRA, 2002). Esse mesmo autor enfatiza que elaborar uma política pública significa definir quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem. São definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente. Para serem públicas, deve-se considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o processo de elaboração das mesmas é submetido ao debate público.

Dentro deste contexto, as políticas públicas podem ser classificadas de acordo com alguns critérios: quanto à natureza ou grau da intervenção, quanto à abrangência dos possíveis benefícios e quanto aos impactos que podem causar aos beneficiários.

Nesse sentido, a *política pública em saúde* corresponde às respostas sociais – via Estado, empresas, o chamado “terceiro setor” e comunidade – face às condições de saúde e dos seus determinantes, bem como diante da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde das pessoas e das populações (PAIM, 2003).

Em Minas Gerais, a partir de 2003, a política pública vigente se baseava no “Choque de Gestão”<sup>1</sup> e inovação. O estado entendeu que a construção de uma estratégia que produzisse reais resultados para a população levaria a uma melhoria na qualidade das políticas públicas de saúde (MARQUES et. al., 2009).

Segundo esses autores o choque de gestão tem o objetivo de consolidar em Minas Gerais uma cultura de Estado para Resultados, sendo capaz de executar estratégias

---

<sup>1</sup> CHOQUE DE GESTÃO: expressão que é hoje uma marca registrada do governo de Minas Gerais- traduz o início de um plano de desenvolvimento para o Estado e de superação da crise de gestão do governo estadual (MARQUES et. al., 2009).

governamentais de forma efetiva e eficiente. Para tal, utiliza-se como base um sistema de planejamento estratégico, o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), que estabelece uma carteira de projetos prioritários articulando ações de longo, médio e curto prazo. As ações de médio prazo estão inseridas nos Planos Plurianuais de Ação Governamental (PPAG) e as de curto prazo são programações anuais descritas na Lei Orçamentária Anual (LOA).

Uma das estratégias do PMDI e também missão das SES/MG é a implantação de Redes de Atenção à Saúde. As Redes de Atenção são uma nova maneira de organização do SUS tendo como objetivo instituir uma organização horizontal do sistema, de forma a integrar os diversos pontos e assegurar uma atenção contínua com vistas a obter melhor utilização dos recursos e melhores resultados de saúde da população. As Redes de Atenção são organizadas conforme as condições de saúde e tem como porta de entrada e coordenadora da rede a Atenção Primária à Saúde (MINAS GERAIS, 2013).

### **2.3 Histórico e arcabouço legal do Planejamento no SUS**

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como direito a ser assegurado pelo Estado, conduzido pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, além de ser organizado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, com a participação da população. Para cumprir esses preceitos constitucionais, o Sistema Único de Saúde - SUS vem utilizando diversos instrumentos de gestão, assim como um arcabouço legal sólido que vêm sendo criado segundo a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e mesmo política dos diversos gestores do SUS ao longo do tempo e do espaço (BRASIL, 2002).

Vieira (2009) ressalta que com a Constituição Federal de 1988, estabeleceram-se os instrumentos de planejamento da gestão, aos quais todos os órgãos da administração pública deveriam se submeter com a finalidade de que pudessem ser programados os recursos financeiros necessários à execução das ações em cada setor (despesas e investimentos), de acordo com a receita arrecadada, em cada esfera. Dessa forma, estabeleceram-se o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Os Instrumentos de Gestão em Saúde são ferramentas que visam garantir o funcionamento do SUS em todas as esferas. A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios que utilizam vários instrumentos de gestão, por meio de seus órgãos gestores. Essa gestão tem como foco garantir o aperfeiçoamento do funcionamento do sistema de saúde e conferir direcionalidade às ações de serviços de saúde necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2009).

O processo de planejamento no SUS deve ser articulado, contínuo e integrado entre as três esferas de gestão do SUS, o que possibilita consolidar o planejamento ascendente e a melhoria da gestão do Sistema. Vale ainda ressaltar que esses processos necessitam de quantitativo e qualitativo de pessoal, infraestrutura e atualização sobre técnicas e métodos de planejamento (BRASIL, 2009b).

No que tange ao planejamento e os instrumentos que lhe dão expressão concreta destacam-se, a princípio, a Lei 8080/90 e a Lei 8142/90. A primeira expressou as conquistas incorporadas na Constituição de 1988 regulamentando as ações e os serviços públicos e privados de saúde no que concerne a sua direção, gestão, competências e atribuições em todos os níveis de governo. A Lei orgânica 8080/90 atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e Distrito Federal (inciso XVIII do Art.16).

Estabelece ainda que o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, do nível local para o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos municipais de saúde das três esferas.

A lei 8142/90 vem complementar a lei 8080 em virtude dos vetos ocorridos, instituindo legalmente o controle social por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, além de normatizar o repasse dos recursos financeiros estabelecendo requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde.

Para orientar a operacionalização do SUS, surgem as Normas Operacionais Básicas (NOB/93 e NOB/96) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/2001 e NOAS/2002) com o intuito de concretizar o processo de descentralização político-administrativo.

A NOB/93 propiciou maior amplitude à questão da descentralização e estabeleceu dois organismos colegiados, a Comissão Intergestores Bipartite-CIB e a Comissão Intergestores Tripartite- CIT. Atualmente denominadas pela deliberação CIB-SUS/MG

Nº1.638 de 19 de novembro de 2013 CIR- Comissão Intergestores Regional e CIRA Comissão Intergestores Regional Ampliada respectivamente. Já a NOB/96 veio com a finalidade de reestabelecer o equilíbrio e redefinir responsabilidades dos estados e união, alterando os níveis de gestão para estados e municípios regulando a transferência de recursos com a utilização de critérios populacionais e oferta de serviços. Soma-se a isso a instituição da Programação Pactuada Integrada (PPI) que é um instrumento proposto para a reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS (VIEIRA, 2009).

A NOAS/2001 estabeleceu a ampliação do papel dos municípios na atenção básica à saúde e define o processo de regionalização da assistência por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) que é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado. A partir de então, o município deve ser capaz de oferecer os serviços básicos bem como referenciar os serviços de maior complexidade.

A NOAS/2002 surgiu com o intuito de explicitar as responsabilidades do gestor municipal e definir as modalidades de gestão: gestão plena de atenção básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL 2002). Além disso, definiu as prerrogativas municipais e estaduais ao exercer o papel de fio condutor capaz de concretizar a política pública (MARQUES e MENDES, 2002).

Dando sequência na consolidação do SUS, em 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde, que teve o intuito de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, para alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS.

Destaca-se como objetivos do Pacto pela Saúde a busca pelo aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão por meio de três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida é composto por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, provenientes da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Esse Pacto definiu seis prioridades: saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2011).

No Pacto de Gestão são estabelecidas as responsabilidades solidárias dos gestores a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse pacto é constituído dos seguintes eixos: a

descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada (PPI), a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

Com a instituição do Pacto pela Saúde, no que tange o pacto de gestão, por meio da Portaria N° 399 de fevereiro de 2006, os Sistemas de Saúde deixam de ser isolados e cada ente federado passa a ter suas Responsabilidades Sanitárias definidas, porém alinhadas em uma Co-Gestão solidária (BRASIL, 2006). Ou seja, as três esferas governamentais atuam entre si regulamentando e fortalecendo as decisões Municipais, Estaduais e Federais (PERON, 2009). Ainda em 2006, o Ministério da Saúde revisou todos os instrumentos de gestão do SUS e criou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), por meio da Portaria GM N° 3.332 de 28 de dezembro de 2006. Ele foi um grande marco do Pacto pela saúde visto que integra o Pacto pela Vida. O objetivo do PlanejaSUS é coordenar todo o processo de planejamento no âmbito do SUS.

Conforme estabelecido na Portaria N°3085/2006 que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, são instrumentos básicos inerentes às três esferas: o Plano de Saúde (PS), suas respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) (BRASIL, 2009).

Recentemente foram publicados a Lei Complementar (LC) n° 141/2012 e o Decreto n° 7508/2011 que vieram regulamentar a Constituição Federal/1988 e a Lei 8080/1990. Ambos trouxeram alterações significativas nos aspectos de organização e planejamento do SUS, bem como na condução e prestação dos serviços de saúde.

A Lei Complementar n° 141 de 13 de janeiro de 2012 visa a cumprir o estabelecido pelo §3º, do art. 198 da Constituição Federal, o qual dispõe os valores mínimos a serem aplicados pelas três esferas nas ações e serviços públicos de saúde; os critérios de rateio dos recursos entre os entes federados; e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. Constata-se que nessa nova lei não foram estipulados os recursos mínimos que a União deve destinar à saúde, estando mais uma vez em aberto a determinação desses valores.

O Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que tange à organização do SUS, planejamento, assistência e articulação interfederativa e tem como destaque o planejamento integrado das ações e serviços de saúde, mapa de saúde, Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP)

entre outros (BRASIL, 2011b). Além disso, esse decreto vem reforçar o planejamento ascendente e integrado da saúde.

No âmbito da organização do Sistema, o decreto citado institui as Regiões de Saúde que deverão conter, no mínimo, as ações e serviços de saúde de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Essas regiões serão referência para as transferências de recursos e abrigarão as Redes de Atenção à Saúde.

Com relação ao COAP o decreto nº 7.508 o define como a “organização e integração das ações e dos serviços de saúde, sob responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários” (BRASIL, 2011).

Sobre o processo de descentralização no SUS, o inciso I, do artigo 198, da Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabelece que a descentralização é um princípio do SUS com direção única em cada esfera de governo, sendo assim:

Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Assim, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo ministro da Saúde, nos estados pelos secretários estaduais de Saúde e nos municípios pelos secretários ou chefes de departamentos de Saúde. Eles são também conhecidos como “gestores” do sistema de saúde (BRASIL, 2001, p. 302).

Ou seja, descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre cada esfera de governo e tem como finalidade, na saúde, prestar serviços com maior qualidade, garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos.

Muito se tem feito para consolidar a descentralização, para tanto se destacam a definição das responsabilidades dos níveis de gestão do SUS e as parcerias estabelecidas cotidianamente entre os gestores federal, estaduais e municipais. O fortalecimento da gestão descentralizada constitui estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população às ações dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal fortalecimento depende, entretanto, da participação ativa e incisiva dos secretários de saúde, dos prefeitos e da sociedade civil (BRASIL, 2009).

Dentro dessa perspectiva, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, isto é, o município passa a ter condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função. Desse modo, a decisão passa a ser de quem executa as ações, pois quanto mais perto se está do problema maior a probabilidade de solucioná-lo com

sucesso. A descentralização é uma maneira de tornar o cidadão mais próximo das decisões do setor e isto significa responsabilizar o município pela saúde de seus cidadãos, além de interferir na qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2001).

## 2.4 Importância do planejamento

Mas o que é planejar? É algo que fazemos a todo momento no nosso cotidiano. É saber aonde se quer chegar e para tal é necessário traçar suas metas e objetivos, ou seja, realizar um planejamento.

Segundo Teixeira (2010), planejamento é um termo amplamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, entendido como um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.

Vilasbôas e Paim (2008) reportam que alguns autores da literatura no assunto designam planejamento como um “*processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores*”.

Na saúde não é diferente, se não há a realização de planejamento, as atividades são executadas ao acaso. Os serviços de saúde funcionarão 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 ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado (VIEIRA, 2009).

O mesmo autor ainda enfatiza que, se não estiver claro aonde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades de uma forma diferente. Logo, havendo direções variadas, os avanços de uns não serão demonstrados em virtude do retrocesso de outros. Assim, dificilmente se obterão ganhos de qualidade e com certeza os recursos não serão utilizados de forma otimizada.

Dentre as vertentes de planejamento estratégico em saúde encontradas na literatura, ressalta-se o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus e o Pensamento Estratégico em saúde de Mário Testa (PRESTA, 2002). De acordo com Matus (1996),

existem quatro momentos de planejamento: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. No momento explicativo tem-se questionado os problemas que enfrentam aquele que planeja. No normativo, tem-se a realidade e no estratégico avalia-se a viabilidade das alternativas para alcançar os objetivos. E por último, no tático-operacional tem-se as ações que irão fazer acontecer o planejado. A tomada de decisão é responsabilidade de quem governa e só planeja quem governa. Já para Mário Testa, sua proposição para o planejamento em saúde é enfatizar a importância da participação no processo de elaboração das propostas programático-estratégicas, pois possibilitaria a acumulação de poder para os “dominados” e a mudança das relações de poder, por meio da formação de uma consciência sanitária social e de classe. Para ele, o planejamento está dividido em duas partes: o diagnóstico de saúde e as propostas programático-estratégicas. O primeiro faz uma análise da realidade de saúde de uma determinada população e o segundo é a elaboração das ações para promover mudanças (PRESTA, 2002).

Consoante com Vieira (2009), o Plano de Saúde é obtido por meio de planejamento estratégico e a Programação Anual de Saúde, por planejamento tático-operacional, em que os dois documentos representam produtos dos momentos do planejamento em saúde, uma vez que esses instrumentos de gestão são produtos do processo de planejamento previsto no PlanejaSUS.

Dentro desta perspectiva, o gestor municipal deve desenvolver todo o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender às necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade (BRASIL, 2004).

Para consolidar esse processo de planejamento, os gestores necessitam estabelecer na sua prática de cotidiano o uso dos instrumentos de gestão. Logo, cabe ressaltar a necessidade de planejamento acerca de toda complexidade que envolve, destacando-se o processo de definição de objetivos e metas a serem atingidas, definição de recursos necessários para execução das ações, bem como um sistema de acompanhamento e avaliação que permita fazer ajustes quando necessário (MOTTIN, 1999).

Cabe aqui enfatizar a importância da participação das áreas técnicas na elaboração dos instrumentos de gestão referidos. Faz-se necessário constituir um grupo de trabalho permanente de planejamento (GT) que esteja envolvido no âmbito da organização. A participação de todos esses atores é fundamental para o sucesso da implementação do processo de planejamento das ações (VIEIRA, 2009).

Deve ser enfatizado que essa participação das áreas técnicas deve estar de acordo com a complexidade da organização que o está elaborando. Em secretarias de Saúde menos complexas, não haveria a necessidade de realizar o planejamento tático-operacional em duas etapas. Já as Secretarias mais complexas podem contar com apenas um representante superior da área para compor o GT. A Figura 2 representa a articulação dos momentos de planejamento e a participação das áreas de atuação do SUS.

**Figura 2.** Momentos do planejamento, instrumentos de gestão e participação das áreas de atuação do SUS

<b>Momento estratégico</b>	Plano de Saúde- PS	Elaboração pelo GT permanente de planejamento	Representação superior das áreas de atuação do SUS na organização
<b>Momento Tático-Operacional</b>	Programação Anual de Saúde-PAS	Etapa 1- planejamento interno	Etapa 1- Participação da equipe técnica da área de atuação
		Etapa 2- validação pelo GT	Etapa 2- Representação superior das áreas de atuação do SUS na organização

Fonte: Adaptado de Vieira 2009

Realizar um bom planejamento em saúde é essencial para transformar uma realidade problemática em outra mais adequada com o objetivo de promover uma melhoria das condições de saúde.

Para Tancredi (2002, DeCS), o planejamento em saúde é:

Processo que consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte de realidade. Trata-se também de um instrumento de racionalização das ações no setor de saúde, realizada por atores sociais, orientada por um propósito de manter ou modificar uma determinada situação de saúde.

Sabe-se que os municípios apresentam condições políticas, sociais, econômicas, organizacionais e gerenciais bem distintas, o que os levam a ter diversas capacidades de respostas frente às demandas.

Segundo Vilasbôas e Paim (2008), o sucesso de experiências municipais em levar a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde está relacionado com exercícios de práticas de planejamento e, dessa forma, poder implementar as políticas de saúde com êxito. Portanto, resgatar ou construir a cultura de planejamento no âmbito do SUS é, ao mesmo tempo, um avanço e um desafio. Avanço, pois há um enorme interesse e reconhecimento do planejamento para a gestão, de que é exemplo a significativa demanda por informações a respeito. Também é um enorme desafio, pois, afinal, envolve tanto postura individual e técnica quanto mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais que ali atuam.

## **2.5 Educação em Saúde**

O processo de educação continuada voltado para os gestores municipais e profissionais de saúde tem a finalidade de aprimorar a qualidade de gestão e consequentemente melhorar os serviços de saúde ofertados a determinada população.

A educação em saúde é um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2009c). Consoante a Lei 8080/90, compete à gestão do Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos da área da saúde. Para tanto, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que reforçou em âmbito federal a questão do fortalecimento dos recursos humanos como prioridade para a construção do SUS, porém essa é uma questão que também deve ser trabalhada nas esferas estaduais e municipais (PIERANTONI, 2008).

Os recursos humanos são um tema central na agenda de desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Além disso, constituem-se como fator essencial e crítico para que se possa atingir as metas propostas no planejamento bem como na implementação de sistemas nacionais de saúde mais eficientes (GARCIA, 2010).

Dessa forma, estratégias educacionais precisam ser desenvolvidas para se fazer frente a essas necessidades. Além disso, é fundamental identificar fragilidades e as potencialidades que possam auxiliar na definição das diretrizes políticas bem como oferecer mecanismos de apoio aos sistemas locais para implementação das políticas com autonomia e governança (BRASIL, 2004).

Dentro deste contexto e por ser a ação educativa em saúde um processo dinâmico e contínuo que tem por objetivo capacitar indivíduos ou grupos de uma comunidade sobre determinada questão, os gestores e equipe técnica são partes integrantes desse processo e que precisam estar em constante formação/capacitação.

Os sistemas municipais de saúde apresentam grande diversidade, em virtude das disparidades de extensão territorial, de população e grau de desenvolvimento de cada município. Entretanto, os problemas de gestão são semelhantes, demandando, assim, uma capacitação permanente de gestores e técnicos. Além do mais, um dos objetivos do PlanejaSUS, estabelecido pela Portaria N°3085/2006, é de promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS.

Com a chegada de novos gestores municipais provenientes da mudança de gestão no final de 2012, tornou-se imprescindível buscar meios de levar a informação a esses no que se refere aos instrumentos de gestão de forma didática, contextualizada e de fácil compreensão. Em janeiro de 2013, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais criou um material de apoio técnico aos gestores municipais: **Instrutivo de planejamento- Compilado geral** e o mesmo foi divulgado por meio virtual para os gestores municipais no 3º Encontro Estadual de Saúde realizado em Belo Horizonte no mês de fevereiro de 2013. Essa iniciativa é de grande valia para disseminar conhecimento aos novos gestores. Somada a ela, nos âmbitos regionais, faz-se necessário a realização de capacitações sobre os instrumentos de gestão aos gestores municipais de saúde.

Esse instrumento bem utilizado pode contribuir para melhorias na qualidade dos documentos apresentados, bem como a melhoria da qualidade do planejamento da gestão local e dos serviços ofertados à população. Assim, esse instrutivo tem o objetivo de auxiliar o gestor municipal de saúde no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e do Relatório Anual de Gestão fornecendo um “passo a passo” a esse público sobre os instrumentos de planejamento do SUS.

Neste sentido, dada a importância e a relevância do mesmo, defende-se a proposição do estabelecimento de capacitação, no âmbito da Superintendência Regional de Saúde, aos

gestores e técnicos da região de saúde Montes Claros/Bocaiúva quanto à Programação Anual de Saúde por meio da utilização do material de apoio criado pela SES/MG. Este será apresentado posteriormente às análises das PAS da região de saúde em estudo.

### **3. INSTRUMENTOS DE GESTÃO (PMS, PAS, RAS)**

De acordo com a Portaria N.º 3.085/2006, pactuada de forma tripartite, são instrumentos inerentes a todo o Sistema de Planejamento do SUS e, portanto, às três esferas de gestão: o Plano de Saúde (PS), as suas respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). LIMA, (2009) ressalta que:

(...) o Plano, as suas respectivas Programações Anuais e os Relatórios Anuais de Gestão devem ser claros e precisos, de modo a facilitar o entendimento não só por parte dos gestores e técnicos envolvidos diretamente, como da sociedade, na medida em que envolvem a participação efetiva da população e cujos fóruns privilegiados para tanto são os Conselhos de Saúde (LIMA, 2009, p.7).

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que serve de base à elaboração da Programação Anual de Saúde. Esta, por sua vez, é o instrumento que detalha as ações para alcançar as diretrizes propostas pelo Plano de Saúde no período de um ano, também deve coincidir com o período definido para o exercício orçamentário. A função desse instrumento é determinar o conjunto de ações que irá concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde.

Já o Relatório Anual de Gestão é um instrumento de gestão do SUS, que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. É utilizado para comprovação da aplicação de recursos, apresentando resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2009).

#### **3.1 Plano de Saúde**

Conforme a Portaria nº. 3.332/2006, o Plano de Saúde é conceituado como o instrumento que a partir de uma análise situacional “apresenta as intenções e os resultados a

serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (§ 1º do Art. 2º).

Para Teixeira (2010, p.143), plano de saúde é:

Produto de um processo de planejamento que, geralmente, inclui a realização de uma análise da situação de saúde da população de uma determinada área, o estabelecimento de objetivos e metas a alcançar com relação ao enfrentamento dos problemas prioritários, a especificação das estratégias a serem implementadas para o alcance dos objetivos e os recursos que serão empregados neste processo.

O Plano de Saúde (PS), mais do que exigência formal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS. De fato, tal instrumento torna-se cada vez mais uma necessidade à medida que o SUS avança rumo a essa consolidação, sobretudo no que concerne à direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços. Dessa forma, é instrumento importante para se efetivar a gestão do SUS em cada esfera de governo. Apesar da inviabilidade de se definir um modelo acabado, aplicável às diversificadas realidades sanitárias, e de gestão do SUS, é necessário e possível a construção de processo e estrutura básica, passíveis de serem utilizados e adaptados segundo as diferentes esferas de gestão.

Desse modo, o Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na área, incluindo o orçamento para a sua execução. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) estabelecer as diretrizes para a formulação do PMS, em função da análise da realidade e dos problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis. No PMS, devem ser descritos os principais problemas da saúde pública local, suas causas, consequências e pontos críticos. Além disso, devem ser definidos os objetivos e metas a serem atingidas, as atividades a serem executadas, os cronogramas, as sistemáticas de acompanhamento e de avaliação dos resultados (BRASIL, 2004).

Em termos operacionais, o primeiro ano de gestão deve ser dedicado à elaboração do Plano de Saúde que tem a temporalidade de quatro anos. Por conseguinte, a operacionalização desse instrumento inicia-se no segundo ano da gestão em curso, prosseguindo até o primeiro ano da administração subsequente. Para a elaboração do Plano de Saúde, é necessário:

- identificar problemas e situações que requerem a implementação de soluções;
- identificar os fatores que, direta ou indiretamente, determinam a situação considerada insatisfatória;
- estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas;

- definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado;
- utilizar instrumentos elaborados anteriormente, tais como Plano de Saúde, Planos Diretores, Relatórios Anuais de Gestão, relatórios de Conferências, Termo de Compromisso de Gestão, entre outros.

Ademais, o Plano de Saúde deve compreender dois aspectos:

- **Análise situacional** que abrange a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população com o objetivo de identificar as necessidades sociais e determinar as prioridades de ação, bem como as vertentes de vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência.

- **Definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos** que abrange o desenho do perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população. Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. A proposição de objetivos não pode estar relacionada somente com a solução de problemas, deve-se também considerar a viabilidade política, econômica e técnico-organizacional. Além do mais, os objetivos devem ser definidos para curto, médio e longo prazo e devem ser relativos a resultados, produtos e processos.

Em conformidade com o Art. 5º da Portaria Nº 3.332/2006, são eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde: as condições de saúde da população (eixo que concentra os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde); os determinantes e condicionantes de saúde (eixo que concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores além do setor saúde); e a gestão em saúde (este eixo concentra, entre outras, medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão da saúde, tais como recursos humanos, participação social, infraestrutura, descentralização etc.)

Com o pacto pela saúde, estados e municípios formalizaram pactos de indicadores de saúde para garantir os repasses financeiros relativos à atenção primária e à vigilância em saúde. A partir de 2007, o processo de pactuação foi unificado e estabelecidos os indicadores do Pacto pela Saúde. Esse processo deve ser articulado com o Plano de Saúde e com a PAS. Os resultados desses indicadores estão disponíveis em sistemas de informação que são

revisados periodicamente e são pactuados em cada esfera de acordo com a realidade local (BRASIL, 2011). São indicadores de interesse para a gestão da saúde os demográficos, socioeconômicos, mortalidade e morbidade e fatores de risco e de cobertura.

### **3.2 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)**

Conforme Portaria N<sup>o</sup> 3065/2006, Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS.

Segundo Vieira (2009), é possível visualizar nas ideias de Mario Testa a proposta de formulação da PAS do PlanejaSUS para o planejamento em saúde. A análise situacional proposta converge com a dele no sentido da realização de diagnóstico a partir dos aspectos administrativo, estratégico e ideológico. Ademais, esse autor considera que é necessário ficar mais evidente a correspondência entre as ações da PAS e os respectivos objetivos do PS. A PAS existe para dar consecução às metas definidas no PS. Se esta correspondência é precária ou as PAS são alteradas sem as devidas revisões dos PS, não haverá a articulação entre os instrumentos e perde-se a lógica do processo.

Cabe salientar que a Programação Anual de Saúde reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão (União, Estado ou Município) em determinado ano.

A elaboração da Programação Anual deve ser coordenada pela área de planejamento ou, no caso de não existir, por uma equipe designada para tal.

A Programação Anual de Saúde deve conter no mínimo:

- I - a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- II - o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;
- III - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação;
- IV - a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

As ações são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde. As

metas anuais da Programação são expressões quantitativas das ações definidas. O estabelecimento das metas anuais deve ter em conta as metas definidas no Plano de Saúde (BRASIL, 2009).

O indicador é uma medida de estrutura, processo ou resultado, válida e confiável, relacionada a uma ou mais dimensões do desempenho do sistema de saúde ou dos determinantes da saúde. A utilidade de um indicador de desempenho depende de uma série de atributos tais como relevância: capacidade de responder de forma clara uma prioridade de saúde; confiabilidade: capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando aplicados em situações semelhantes; validade: capacidade de se medir o que se pretende; fontes de dados: precisão dos sistemas de informação empregados (PROADESS, 2003; RIPSAs, 2008).

A Programação Anual de Saúde congrega - de forma sistematizada - as demais programações existentes em cada esfera de gestão. O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

O objetivo da PAS é determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde. Dessa forma, a Programação pode ser entendida como um processo instituído no âmbito do SUS, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores.

A PAS constitui um dos instrumentos que detalha as ações do Plano de Saúde, com a finalidade de tornar o(s) objetivo(s), diretrizes e metas mais factíveis. Cada diretriz possuirá recursos que a tornará viável. Vale destacar a importância de se considerar tanto os recursos financeiros (com previsão orçamentária), quanto os recursos humanos (pessoas responsáveis para efetivar as ações).

O período dessa programação deve coincidir com o período definido para o exercício orçamentário. Portanto, deve acompanhar instrumentos legais para sua elaboração como a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), além de considerar a compatibilidade com o Plano Plurianual (PPA).

A LOA é um instrumento em que se estima a receita e detalha a despesa programada no PPA e priorizada na LDO visando à sua realização, a partir da receita que será arrecadada. A LDO por sua vez, tem como principal finalidade orientar a elaboração dos orçamentos fiscal e da seguridade social e de investimento das empresas públicas. Cabe ressaltar que o orçamento da saúde está inserido dentro da seguridade social. Além disso, busca sintonizar a

LOA com as diretrizes, objetivos e metas da administração pública, estabelecidas no PPA (BRASIL 2011).

Um grande entrave de governança no SUS está na desarticulação entre os instrumentos de gestão do sistema e os instrumentos de planejamento e orçamento público. Como são elaborados de forma independente, ocorrem deficiências no financiamento das ações planejadas. Faz-se necessário regulamentar os prazos para a elaboração dos instrumentos de gestão do SUS que possibilitem a vinculação entre todos os instrumentos já estabelecidos pela esfera federal como LOA, LDO, PPA. Nesse sentido, as PAS devem orientar a formulação da LOA, para que haja vinculação entre ações e recursos necessários programados e o orçamento aprovado, portanto, garantido, para sua execução (VIEIRA, 2009).

Recentemente, foi publicada a Portaria N° 2135 de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, reforçando as diretrizes estabelecidas na Lei Complementar N° 141 de 13 de janeiro 2012. A mesma vem justamente regulamentar os prazos de entrega desses instrumentos. Ela revoga todas as outras portarias que abordam os instrumentos básicos de gestão, unificando-os em uma única portaria.

No que se refere à PAS, essa portaria estabelece no seu artigo 5° que: “No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos:”

- I- elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente; e
- II- execução no ano subsequente

Com relação à PAS, a Lei complementar n°141 abordou um aspecto que cabe ser ressaltado. Esta deve ser submetida à aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e também deverá ser divulgada inclusive por meio eletrônico e ser de acesso público.

Assim, com esse arcabouço legal definido, espera-se que os instrumentos de gestão tenham coerência e que dessa forma se tenha um planejamento condizente com a previsão dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

#### **4. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), este por sua vez informou que não cabia emissão de parecer visto que não envolvia seres humanos, conforme Ofício 039/12 em 22 de novembro de 2012 (APÊNDICE A).

Este estudo foi desenvolvido por meio de um estudo descritivo e retrospectivo de análise das programações anuais de saúde do quadriênio e dos planos municipais de saúde referentes à vigência 2010-2013 dos municípios da região de saúde Montes Claros/Bocaiúva com uso da pesquisa documental.

Piana (2009, p.122) relata que:

A pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, e o que a diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas:

1ª. Etapa: Pesquisa Bibliográfica e levantamento de fontes primárias.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se referências de livros e manuais do ministério da saúde; artigos científicos, dissertações e teses provenientes de bancos de dados virtuais, tais como Lilacs, Scielo, Periódicos Capes, entre outros. Os mesmos foram selecionados a partir de palavras-chave ou por serem considerados relevantes para o estudo, de acordo com os descritores relacionados ao tema.

2ª. Etapa: Catalogação e análise das fontes primárias

A técnica de coleta de dados utilizada foi a análise documental, que é classificada como uma fonte secundária de obtenção de dados. Esta técnica é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e os outros fatores que estão sendo estudados. Na análise documental o pesquisador procura estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas (LAKATOS, 2003). Para este estudo foram analisados, seguindo o roteiro de análise (APÊNDICE B), os documentos relacionados ao processo de organização do sistema municipal de saúde sendo eles: o Plano Municipal de Saúde vigência 2010-2013 e as Programações Anuais de Saúde dos anos 2011, 2012, 2013 dos seguintes municípios: Bocaiúva, Claro dos Poções, Glauclândia, Guaraciama, Juramento

e Olhos D'água. Cabe enfatizar que não estavam disponíveis nos arquivos da SRS a PAS referente ao ano de 2010 de nenhum dos municípios fontes desse estudo.

Para proceder à análise documental, os documentos foram reunidos, em seguida realizou-se leitura e fichamento das partes consideradas essenciais para atender aos objetivos deste trabalho.

O estudo contou com o apoio da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, no âmbito da Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Montes Claros, por ser órgão responsável pela gestão dos serviços que envolvem os municípios sobre sua jurisdição. Esta, por sua vez, promoveu o acesso do pesquisador às documentações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa, conforme solicitação de autorização e autorização cedida pela SRS apresentada em ofício (APÊNDICE C). Adotou-se como critério de exclusão a inexistência de quaisquer instrumentos que serão objeto desta análise. Dessa forma, foram excluídos do estudo os seguintes municípios: Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Joaquim Felício, Itacambira e Montes Claros. Elaborou-se um instrumento de análise (APÊNDICE D) onde foram definidos sete critérios que são preconizados pelo PlanejaSUS a fim de identificar se essas programações estão em consonância com o recomendado pelo Ministério da Saúde quanto à estrutura da mesma (ANEXO A). Cada critério foi classificado com a seguinte pontuação: Sim=2; Parcialmente=1, Não=0.

Os dados encontrados foram tabulados e os resultados demonstrados por meio de tabelas e gráficos para que assim se possa ter uma visão de quantos e quais municípios seguiram as recomendações do Sistema de Planejamento do SUS.

Elaboração da proposição de capacitação:

Com base nos resultados encontrados das análises, foi elaborada uma proposição de capacitação continuada aos gestores de saúde por meio da utilização do manual **Instrutivo de planejamento-Compilado geral** elaborado pela SES/MG em 2013 para a PAS (ANEXO B) com o intuito de contribuir para melhoria do exercício de gestão das secretarias, promovendo assim a melhoria no processo de planejamento das ações dos municípios da região de saúde em estudo.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Análise dos PMS e PAS

Para efeito de análise, as informações extraídas dos Planos Municipais de Saúde e das Programações Anuais de Saúde dos municípios fontes deste estudo estão representadas na Figura 3. Podem ser visualizados os critérios definidos como essenciais para a elaboração da PAS, relacionados de acordo com a presença ou parcial ou total dos mesmos nas PAS. Conforme a metodologia descrita na sessão 4. Aspectos Metodológicos, foram atribuídas pontuações para a observância total, parcial ou ausência dos critérios da PAS.

**Figura 3.** Percentual de observância dos Critérios essenciais na construção da PAS.



Fonte: Elaboração própria por meio da base de dados.

Através da análise do gráfico, pode-se observar que a elaboração das PAS atende parcialmente às orientações preconizadas pelo Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) referentes à gestão da saúde no âmbito municipal, uma vez que a maioria dos municípios analisados neste estudo não apresentam nem 50 % de atendimento aos critérios básicos recomendados. Para o município de Bocaiúva, verifica-se que as PAS possuem um

bom índice de conformidade no que diz respeito ao atendimento aos critérios (em torno de 70 %). Entretanto, observou-se retrocesso na elaboração do plano de 2013 em relação aos outros anos analisados. Esta queda é atribuída justamente à ausência do critério “Estabelecimento de Meta” na PAS no ano de 2013. Em todas as ações deste referido ano foi estabelecido “prazo” no campo da “meta”, por isso foi desconsiderada a existência da mesma.

Para os municípios de Glaucilândia, Guaraciama e Olhos D’água, os índices de atendimento às orientações na elaboração das PAS não sofreram alterações significativas, sinalizando que não foram observados avanços no que se refere a esses critérios.

Para os municípios de Claro dos Poções e Juramento, constataram-se avanços significativos no que diz respeito ao atendimento aos critérios básicos para construção da PAS, passando de 36 % para 57 % e de 50 % para 79 %, respectivamente, referente às PAS elaboradas no ano de 2013. Ressalta-se, no entanto, que no município de Juramento e Olhos D’água observou-se que as PAS do ano de 2011 foi literalmente idêntica à do ano de 2012. Pode-se inferir que não houve planejamento para a elaboração da mesma e que a entrega desse documento foi puramente burocrática.

De modo geral, percebeu-se que os municípios programaram ações referentes à atenção primária, o que vem demonstrar um fortalecimento da Atenção Primária no âmbito do planejamento como, por exemplo, saúde da criança, do idoso, da mulher, imunização, Programa da Saúde da Família. Todavia, no município polo, onde há serviços de maior complexidade para atender os municípios referenciados, não foram verificadas em nenhuma das PAS, por exemplo, ações para o fortalecimento da assistência hospitalar.

Com relação ao critério “estabelecimento de indicador”, verificou-se que nenhum município estudado o estabeleceu em suas ações. Percebe-se um desconhecimento por parte do gestor a cerca da importância de se determinar indicadores para determinadas ações. Como não há definição de indicadores, pode-se inferir que não há nenhum tipo de monitoramento das ações da PAS. Todo município pactua indicadores no Pacto pela Saúde, Vigilância em Saúde e de atenção primária; contudo, constata-se a ausência de ligação destes com as ações estipuladas nas PAS.

Sobre o “estabelecimento de metas”, observou-se que a maioria dos municípios não colocou a meta das ações de acordo com seu conceito ou simplesmente não citou a meta. Nota-se o equívoco no entendimento deste conceito, visto que meta é algo que se pode medir. Exemplo de meta estipulada por um município: “inspecionar/ fiscalizar estabelecimentos com

o objetivo de detectar ambientes em riscos.” Na verdade isso seria uma ação. E a meta seria qual a quantidade de estabelecimentos seria inspecionado nesse ano.

Na quantificação dos “recursos financeiros”, verificou-se que 50 % dos municípios estudados não definiram os recursos orçamentários em nenhuma das PAS para a execução das ações e os outros 50% definiram de forma parcial, ou seja, apenas para algumas ações ou definiram somente para algum ano. Isso é um dado relevante, pois a definição dos recursos é fundamental para um bom planejamento das ações que nos levam a algumas reflexões: Como programar sem saber qual o recurso disponível e de onde vem a fonte desse recurso?

Para que seja possível ao gestor prever os recursos orçamentários destinados a cada ação na Programação Anual de Saúde, é importante conhecer algumas fases do Ciclo Orçamentário elucidadas no referencial teórico. Constatou-se que para a elaboração da PAS não foram observados os referidos instrumentos da LDO e LOA a fim de garantir o recurso financeiro para o desenvolvimento das ações.

A “origem dos recursos” não foi determinada em nenhuma das PAS de dois municípios (33,3 %). Em outros dois municípios, foram verificados 100 % de atendimento a esse critério nas PAS de todos os anos.

Foi possível constatar a “definição dos responsáveis” em todas as PAS de 100 % dos municípios. Percebe-se o domínio dos mesmos com relação a definir quem irá realizar determinada ação.

Em 100 % dos municípios avaliados constatou-se presença de ata do CMS com a aprovação da referida PAS. Não se pode inferir dessa análise de que maneira essa ata foi apreciada e aprovada pelos conselhos municipais, uma vez que foram observadas PAS idênticas em dois municípios estudados. Cabe aí uma reflexão: até que ponto os conselheiros estão interessados e preparados para atuar contribuindo para um processo de planejamento das ações de saúde de seus municípios.

A análise dos PMS demonstrou que somente dois municípios (33,3 %) estabeleceram diretrizes e objetivos propostos para os problemas identificados. Em um deles as diretrizes foram citadas de forma parcial, ou seja, não colocaram todas as diretrizes identificadas no plano. Observou-se que em quase todos os municípios as diretrizes e objetivos não foram apresentados de forma clara.

Em apenas dois municípios (33,3 %) verificou-se a identificação de equipe de elaboração da PAS e do PMS. Os outros municípios apresentaram identificação de equipe somente no PMS. Sabe-se da importância de designar um grupo de trabalho que seja

responsável pela elaboração dos instrumentos de gestão. Cabe salientar que a composição desse grupo pode variar em função da realidade e complexidade de cada município. Um bom planejamento deve ser feito de forma participativa, agregando-se profissionais de cada uma das áreas da Secretaria de Saúde juntamente com o gestor.

A figura abaixo demonstra a identificação da presença ou não de equipe de elaboração para os instrumentos em estudo.

**Figura 4.** Identificação da Presença de membros da Equipe de elaboração da PAS.

	PAS		PMS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
BOC		X	X	
CLARO		X	X	
GLAUC		X		X
GUARA	X		X	
JURA		X	X	
OLHOS	X		X	

Fonte: Elaboração própria por meio das bases de dados

Somente em dois municípios (33,3 %) foi constatada a presença de equipe de elaboração no instrumento PAS. Já no PMS verificou-se que a mesma estava presente em cinco municípios (83,3 %).

## **5.2 PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO SOBRE O INSTRUMENTO DE GESTÃO PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE**

### **OFICINA DE PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE**

#### **Introdução**

Esta proposta de capacitação foi elaborada com o intuito de fazer os gestores municipais e profissionais da gestão obter um maior conhecimento acerca da elaboração de uma PAS focada principalmente nos resultados encontrados a partir das análises dos dados desta pesquisa.

Para realizar a proposta de capacitação da PAS, adotou-se a seguinte estratégia de ensino: Exposição dialogada e estudo dirigido.

De acordo com Okani e Takachi (2006, p.162), as estratégias de ensino são:

ações didático-pedagógicas intencionais utilizadas para que se possa obter melhores resultados no processo ensino-aprendizado e envolvem as relações professor-aluno; aluno-aluno e aluno-consigo mesmo, imprescindíveis para o desenvolvimento cognitivo para aprender e ensinar.

Na aula expositiva dialogada, o ponto de partida é a experiência dos alunos sobre o assunto em estudo. Faz-se necessário confrontar o conhecimento apresentado com a realidade conhecida; elaborar uma problematização sobre o assunto em estudo; problematizar significa questionar situações, fatos, fenômenos e ideias, gerando, assim, a compreensão do problema e caminhos para sua solução.

O estudo dirigido é uma técnica de ensino em que os alunos, por meio de um roteiro de estudo, previamente elaborado, exploram um material escrito. Lendo, compreendendo, interpretando, analisando, comparando, aplicando, avaliando e desenvolvendo o pensamento reflexivo e análise crítica (ESTRELA, 2005).

Essa estratégia de ensino apresenta duas funções principais: a primeira é de consolidação dos conhecimentos por meio de uma combinação da explicação do professor com exercícios. A segunda é a busca da solução dos problemas por meio de questões que os alunos possam resolver de forma criativa e independente.

A adoção de estratégias inovadoras como a do estudo dirigido poderá contribuir não somente para o desenvolvimento de novas habilidades em relacionamento, bem como promover novos conceitos para a assistência à saúde (OKANE; TAKAHASHI, 2006).

**Os Princípios da proposta pedagógica em questão são:**

- Necessidade de capacitação dos gestores e profissionais da área da gestão da saúde dos municípios da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiúva.
- Articulação teoria/prática;
- Estímulo à educação continuada.

## **Objetivos da oficina**

### ➤ Geral:

Capacitar gestores e profissionais da área da gestão da saúde dos municípios da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiúva a cerca da elaboração da PAS de acordo com o preconizado pelo PlanejaSUS.

### ➤ Específicos:

- Compreender os fundamentos básicos para elaboração da PAS
- Conhecer as ferramentas de apoio à elaboração da PAS bem como todo ciclo orçamentário para definição da previsão dos recursos financeiros
- Construir indicadores eficientes
- Saber definir e quantificar uma meta

**Público alvo:** gestores e os técnicos que auxiliam o gestor na elaboração dos instrumentos da Região de Saúde Monte Claros/Bocaiúva

## **Cronograma:**

- Verificar o conhecimento prévio do público alvo com relação ao tema.
- Exposição do texto para realização do Estudo dirigido:
- Dividir os profissionais em grupos de 4
- Entregar o texto e solicitar que respondam as perguntas
- Realizar discussão das respostas
- Aula expositiva
- Discussão e avaliação sobre o conteúdo apresentado.

## **Metodologia:**

1) Estabelecer os responsáveis pela elaboração dos instrumentos no município:

Será solicitado aos gestores o nome dos profissionais que atuam na gestão ou que contribuem para a construção dos instrumentos de gestão para convocá-los a participar da capacitação.

2) Será solicitado que todos estejam com as PAS do ano de 2013 para que se possa fazer uma discussão sobre a mesma, apresentando um panorama geral de atendimento aos critérios estabelecidos nesta pesquisa.

3) Período da realização: Fevereiro de 2014

Como ainda não realizaram a elaboração da PAS de 2014, sugere-se realizar para que se inicie o ano de 2014 de posse deste instrumento. Além disso, essa é uma medida que se faz necessária para que se faça cumprir os preceitos legais (instituído pela mais recente Portaria Nº 2135 de 25 de setembro de 2013) de prazos de entrega do referido instrumento.

4) Duração: 8 horas na SRS

Durante o mês de elaboração do referido instrumento ocorrerá reuniões de acompanhamento “in loco” nos dois polos para discussão de pendências, dúvidas e obstáculos encontrados durante a elaboração da PAS.

Ao longo de todo o ano da vigência da PAS, será realizado “in loco” pelos técnicos do Núcleo de Gestão Microrregional um monitoramento quadrimestral do cumprimento das ações das PAS por meio da ferramenta Relatório Quadrimestral conforme estipulado pelo artigo nº36 da LC 141 de Janeiro de 2012.

5) O texto de apoio do estudo dirigido será o manual da SES/MG: Instrutivo de Planejamento no que se refere a PAS conforme ANEXO B.

6) Discussão do instrumento de monitoramento das ações contidas na PAS.

7) Aplicação da avaliação da oficina, conforme modelo no APÊNDICE E.

### **Questões do estudo dirigido:**

1. Por que é necessário elaborar uma programação anual se já existe o Plano Municipal de Saúde?
2. Durante a elaboração da Programação Anual de Saúde, quais instrumentos ou documentos devem ser consultados pelo gestor municipal?
3. Quais elementos devem estar presentes na Programação Anual de Saúde?
4. Como se estabelece um indicador e uma meta de determinada ação?
5. Quais instrumentos devem ser observados para se definir a previsão de recursos financeiros para determinada ação?

## Considerações

A proposta dessa oficina tem o intuito de formar “ondas de capacitação”, ou seja, a cada mudança de gestão e todo ano no período da elaboração da PAS ocorrerá essa capacitação. Assim, espera-se obter instrumentos de gestão de qualidade condizentes com as leis em vigência e que atenda às reais necessidades da população local.

## Referências:

ESTRELA, C. Métodos e técnicas de ensino – Cap. 6. Metodologia Científica. São Paulo: Artes Médicas, 2005, p. 106-107.

OKANE, E. S. H; TAKAHASHI, R. T. O estudo dirigido como estratégia de ensino na educação profissional em enfermagem. **Revista escola de enfermagem. USP**, v.40, n.2, p. 160-169, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/02.pdf>>. Acesso 13 set. 2013.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, verificou-se como ocorreu o processo de elaboração da Programação Anual de Saúde de municípios de uma Região de Saúde do Norte de Minas. Foi possível identificar se essas programações foram elaboradas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde e, a partir desse diagnóstico, foi criada a proposição de capacitação para os gestores e profissionais de saúde da região em questão.

Abordou-se também a importância do planejamento em saúde bem como a criação de instrumentos de gestão no âmbito do SUS, além da formalização de um Pacto pela Saúde entre as três esferas onde são definidas as responsabilidades de cada uma delas, com vistas a garantir a legitimidade dos governos, a governabilidade e a efetividade das políticas públicas. Em síntese, pôde-se constatar que o arcabouço legal acerca do processo de planejamento no âmbito do SUS avançou muito e ainda está em constante evolução, uma vez que foram publicadas recentes leis e decretos que vieram regulamentar as leis de criação do SUS. Assim, constatou-se que os avanços acerca do processo de planejamento ocorreram, mas ainda existem muitos desafios a serem superados para que se possa efetivar a prática de gestão no cotidiano de gestores municipais.

Os resultados desta pesquisa reforçam os pressupostos de que apesar dos avanços encontrados no arcabouço legal desde a criação do SUS no que diz respeito à consolidação do planejamento das ações, principalmente sobre a PAS, os municípios ainda encontram dificuldades para incorporar as práticas estabelecidas de forma efetiva.

No que se refere à PAS de municípios da região de saúde em estudo foi visto que a elaboração dessa atende apenas parcialmente às orientações preconizadas pelo Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), uma vez que a maioria dos municípios analisados neste estudo não apresentou nem 50 % de atendimento aos critérios básicos recomendados, sendo que os resultados que mais impactaram negativamente nessa análise foram: a ausência completa da definição de indicadores; estabelecimento parcial das metas; ausência ou presença parcial da definição de recursos orçamentários para o desenvolvimento das ações.

Não há dúvida quanto à necessidade do aprimoramento do processo de planejamento no que tange à PAS dos municípios pesquisados, visto que essa se constitui numa ferramenta valiosa para nortear a tomada de decisão, resultando em melhoria das condições de saúde da população.

Assim, para que a Programação seja efetiva como instrumento de planejamento anual, deve conter as ações a serem realizadas naquele ano que irão contribuir para o atingimento das metas definidas no Plano de Saúde e suas respectivas metas e os indicadores selecionados para monitorar a execução de tais ações. Também é essencial que sejam definidos os responsáveis por toda e qualquer ação, bem como os recursos orçamentários que serão utilizados.

Espera-se, com este trabalho, oferecer contribuição para que se possam alcançar melhores resultados na elaboração das próximas PAS com a instituição de capacitação estruturada conforme descrito anteriormente. Além disso, gerar conhecimento científico por meio de publicações que possam embasar o processo de planejamento das ações de saúde em nível local, para promover melhoria nas condições de saúde de determinada população, fortalecendo, assim, o sistema de planejamento do SUS.

Tais considerações levam à reflexão da importância do processo de educação continuada voltado para os gestores municipais e profissionais de saúde, e da necessidade de se desenvolver estratégias educacionais uma vez que esse processo tem a finalidade de aprimorar a qualidade de gestão e, conseqüentemente, melhorar os serviços de saúde ofertados a determinada população.

## 7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001, p. 285-304.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal (1988). Constituição da. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - NOB**. Brasília-DF, 1996.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. NOAS-SUS 01/2001. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS**. Brasília-DF, 2002

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): **Instrumentos de gestão em saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** [Ana Lucia Pereira et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Dispõe sobre as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.085 de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde- Portaria Nº 2135 de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva- trajetória e orientações de operacionalização/ Ministério da Saúde**, Organização Panamericana da Saúde- Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS** (PlanejaSUS): organização e funcionamento- 3. ed. Brasília Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c. 56 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, vol. 1).

\_\_\_\_\_. 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 - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012.

GARCIA, A. C. P.. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**: uma reconstrução histórica e política. 2010. 160 p. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e estatística [Internet 2010] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 set. 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2003, 310 p.

LIMA, O. H. Alinhamento dos instrumentos de planejamento do SUS com outros instrumentos de gestão Congresso Consad de Estão Pública. Paineis 9: inovações no sistema de gestão do sistema único de saúde. In: – CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2. 2009. –Brasília, 2009.

LUCHESE, P. T. R. **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004, 175p.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Tomo I. Brasília: IPEA; 1996.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARQUES, A. J. S. *et al.* **O Choque de Gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. v. 2. 324 p.

MARQUES, R. M.; MENDES. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, n. 18, p. 163-171, 2002. Suplemento.

MINAS GERAIS. **Pacto pela saúde em Minas Gerais**. 2010. 612 p. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Disponível em <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 07 out. 2013.

MOTTIN, L. M.. **Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul**. 1999. 159 p. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. ALMEIDA FILHO, N. (Orgs). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 455-466.

PERON, C. Auditoria e Pacto de Gestão: Perspectivas e Desafios. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2009.

PIANA, M. C. A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional In: \_\_\_\_\_ **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, 2008.

PROADESS. **Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)** Relatório final, Rio de Janeiro. Agosto de 2003. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/relatoriofinal.pdf>> Acesso em: 01 dez. 2011.

TANCREDI, F. B. Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). **Planejamento em Saúde**. 2002. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 01 dez. 2011.

TEIXEIRA, C. F. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. Salvador: AATR-BA, 2002. 11 p.

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

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª ed. Brasília: OPAS, 2008. 349 p.

VIEIRA, F. S.. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.1565-1577, 2009. (Suplemento)

VILASBÔAS A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun, 2008.

VILASBÔAS, Ana Luiza. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal.** 2006. 66 p. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Salvador, 2006.

## APÊNDICE A- Ofício do Comitê de Ética



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI  
Comitê de Ética em Pesquisa/CEP



Ofício nº. 039/12

Diamantina, 22 de novembro de 2012.

A Sua Senhoria, a Senhora  
Márcia Azevedo Corrêa  
Curso Mestrado/UFVJM

Assunto: Referente Projeto de Pesquisa nº. 083/12

Senhora Pesquisadora,

Informamos que o CEP/UFVJM, em sua 17ª. reunião ordinária, realizada em 13 de novembro de 2013, após análise do projeto: "Análise das programações anuais de saúde de uma microrregião do norte de Minas Gerais", sob sua coordenação, entende que não cabe a este Comitê emissão de parecer em relação ao referido projeto, uma vez que tal não envolve direta ou indiretamente seres humanos.

Atenciosamente,

*Thais P. Gaiad Machado*  
Prof. Dr. Thais Peixoto Gaiad Machado  
Coordenadora CEP/UFVJM

Prof. Dr. Thais Peixoto Gaiad Machado  
Coordenadora CEP/UFVJM

## **APÊNDICE B - Roteiro de análise documental**

### **ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL**

- Análise dos Planos Municipal de saúde

Equipe de elaboração

Existência de objetivos e diretrizes propostas para os problemas identificados

- Análise da Programação anual de saúde

Utilização das diretrizes contidas no PMS

Definição de ações relacionadas e foco na atenção primária

Definição e origem dos recursos orçamentários

Estabelecimento de indicadores

Estabelecimento de metas

Definição de responsáveis

Ata de aprovação no Conselho Municipal de Saúde

Equipe de elaboração

**APÊNDICE C- Ofício**

Ofício s/n/2012

Diamantina, 12 de março de 2012.

À Senhora,

Assunto: solicitação de autorização para desenvolvimento de pesquisa

Eu, Márcia Azevedo Corrêa, aluna do curso de Pós-Graduação Mestrado em Ensino em Saúde, orientada pelo Prof. Flávio César Freitas Vieira, venho por meio desta solicitar autorização para consultar o acervo de documentos do Núcleo de Gestão Microrregional para a realização de pesquisa acadêmica sobre a temática das Programações Anuais de saúde. Informo que o nome dos gestores bem como de seus municípios estarão preservados considerando todos os aspectos éticos para a divulgação da pesquisa.

Atenciosamente,

Márcia Azevedo Corrêa

Mestranda em Ensino em Saúde



**APÊNDICE E- Avaliação da oficina**  
**AVALIAÇÃO DA OFICINA**

**1ª Oficina de Capacitação sobre o instrumento de gestão Programação Anual de Saúde (PAS)**

Local	
Período	

Esta avaliação busca saber a sua impressão sobre a oficina que você acabou de participar, visando o aprimoramento dos próximos cursos oferecidos na modalidade presencial. Pedimos que responda a TODAS as questões. Para cada item, você deverá atribuir uma nota que varia de “0” a “4”, sendo: 0 – Insuficiente; 1 – Regular; 2 – Bom; 3 – Muito Bom; 4 - Excelente.

Caso você não consiga avaliar o item, escolha a opção “NA” (não se aplica).

Não é necessário se identificar.

<b>1 ORGANIZAÇÃO E CONTEÚDO</b>	
Condições físicas do espaço	
Divulgação das informações da oficina anteriormente à realização	
Conteúdo da oficina (atualizado, informativo, útil, aplicável ao trabalho)	
Contribuições do conteúdo para aquisição de novos conhecimentos e melhoria do desempenho no trabalho	
Adequação do conteúdo com a carga horária	
Facilidade de compreensão do conteúdo	
Adequação à oficina da atividade realizada	
Apresentação dos slides	
<b>2 INSTRUTORES</b>	
Clareza e Objetividade na apresentação do conteúdo	
Interação do instrutor com a turma (disposição para esclarecimento de dúvidas e feedback)	
Cumprimento da proposta da oficina	
Utilização de estratégias de ensino adequado ao conteúdo abordado	
Utilização adequada de recursos (projektor multimídia, vídeos, etc)	
Criatividade	
Domínio do conteúdo abordado	
Capacidade de relacionar teoria à prática	
Linguagem adequada	
Administração do tempo	
<b>3 AUTO-AVALIAÇÃO</b>	
O curso despertou meu interesse pelo assunto	
O curso satisfaz minhas necessidades de aprendizagem sobre o assunto	
Assimilei o conteúdo do curso	
Os conhecimentos, habilidades ou atitudes que adquiri irão melhorar meus níveis de desempenho no trabalho	
Sou capaz de transmitir os conhecimentos, habilidades ou atitudes adquiridos no curso a outras pessoas	
Sou capaz de aplicar os conhecimentos, habilidades ou atitudes ensinados no curso em diferentes situações	
Observações relevantes:	

## ANEXO A- Proposta de estrutura da Programação Anual de Saúde

### Proposta de estrutura da Programação Anual de Saúde (PAS)

- **Ano:**
- **Identificação (esfera de gestão correspondente):**
- **Ato ou reunião do Conselho de Saúde respectivo que aprovou o PS:**
- **Objetivo do Plano de Saúde (PS)1:**
- **Diretrizes (do PS para o alcance do objetivo):**
- **Metas (relativas ao PS):**

Ações e metas anuais*		Recursos Orçamentários (R\$ 1,00)	Origem dos Recursos	Área Responsável	Parcerias
Ações	Metas				

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva- trajetória e orientações de operacionalização/ Ministério da Saúde**, Organização Panamericana da Saúde- Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

## **ANEXO B- Instrutivo de planejamento-Compilado geral**

### **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE**

A Programação Anual de Saúde constitui um dos instrumentos que detalha as ações do Plano de Saúde, tornando o(s) objetivo(s), diretrizes e metas mais factíveis. Cada diretriz possuirá recursos que a tornará viável. Há que se considerar tanto os recursos financeiros (com previsão orçamentária), quanto os recursos humanos (pessoas responsáveis para efetivar as ações).

A recente edição do Decreto nº 7508/2011 coloca o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão, ao mesmo tempo em que introduz significativas mudanças nesse processo, apontando a necessidade de fomento à cultura de planejamento da saúde; de modelagem do processo de planejamento da saúde integrado; de reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão atualmente vigentes; e de reformulação do processo de programação das ações e serviços de saúde, dentre outros.

O processo de formulação ascendente e integrado do planejamento da saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Para o cumprimento dessa orientação, verifica-se a dificuldade de se indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, região e estado do País.

Entretanto, é necessário partir de consensos quanto à modelagem desse processo, explicitando os elementos essenciais do planejamento no âmbito municipal, estadual, nacional e regional - onde há a confluência do planejamento de cada ente federado, que concretizará sua integração e resultará na construção do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, previsto pelo Decreto Nº 7.508/2011.

Desta forma, o entendimento de como se dá a construção da PAS é essencial para consolidar as ações do SUS para atendimento das necessidades da população. Assim, serão abordados os caminhos percorridos para construção deste instrumento tão valioso para a transparência da gestão municipal em relação aos recursos financeiros a saúde.

A PAS constitui-se como instrumento de operacionalização do Plano de Saúde num período de um ano e detalha as ações que devem ser desenvolvidas para atingir as diretrizes e objetivos propostos no Plano.

O período dessa programação deve coincidir com o período definido para o exercício orçamentário. Portanto, deve acompanhar instrumentos legais para sua elaboração como a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), além de considerar a compatibilidade com o Plano Plurianual (PPA).

O propósito da Programação é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da melhoria da gestão do SUS, a fim de concretizar o(s) objetivo(s) e as diretrizes definidos no Plano de Saúde.

Assim sendo, a Programação pode ser entendida como um processo instituído no âmbito do SUS, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre Gestores. Na Programação são detalhados os programas e as ações de tal maneira que seja possível identificar os produtos a serem entregues, as metas a serem atingidas e os recursos financeiros a serem alocados para cada uma das ações para viabilizar as diretrizes traçadas no Plano de Saúde. Além disso, são definidos os indicadores que permitem o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas. Vale destacar que a indicação dos responsáveis por cada ação é essencial.

A totalidade das ações e serviços de saúde programadas neste instrumento contemplará seus componentes de gestão e de atenção à saúde, neste último incluída a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, conforme disposto na RENASES e RENAME.

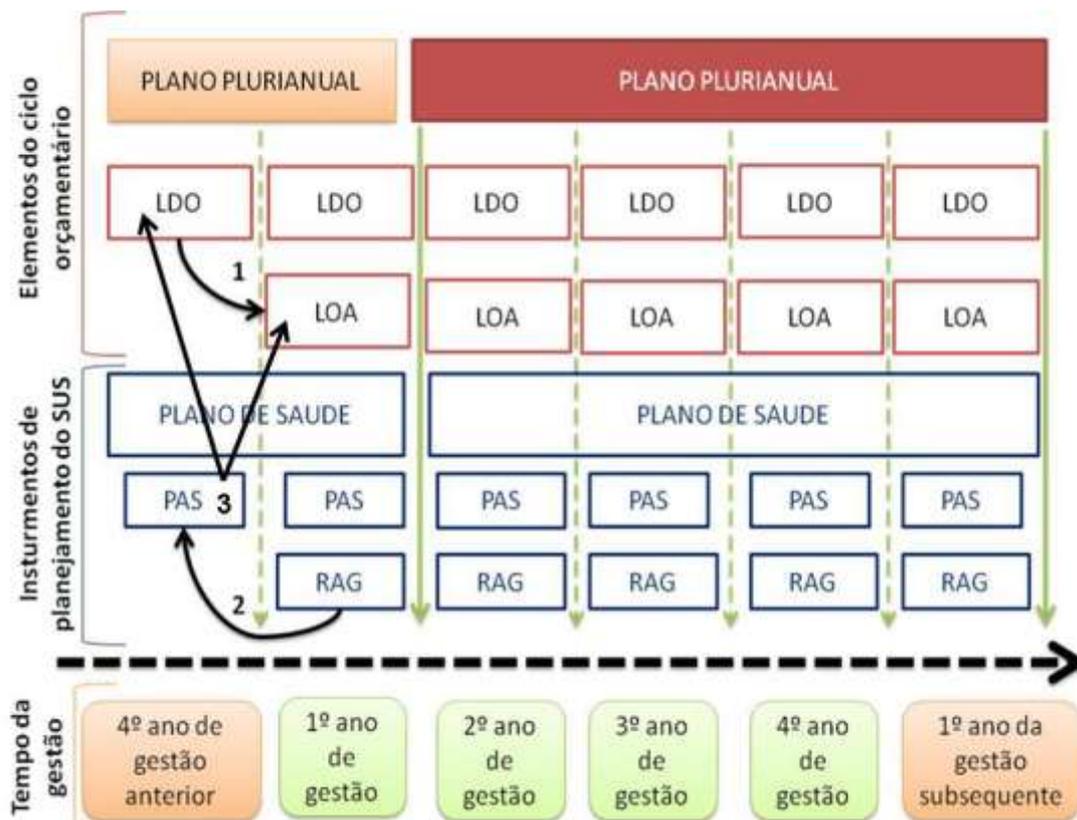
Os objetivos de se elaborar a PAS são os de integrar o planejamento das três esferas de governo de forma ascendente (partindo do nível local), tornar viável o processo de regulação, controle e avaliação do sistema de saúde, além de definir a alocação dos recursos financeiros, explicitar os pactos realizados e definir prioridades de ação para o ano.

A PAS serve de referência para a construção do Relatório Anual de Gestão (RAG), delimitando o seu objeto. Assim, conforme Portaria n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, do Ministério da Saúde, art. 3º, §1º, a Programação Anual de Saúde deve conter:

- I -a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- II -o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;
- III -a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e
- IV -a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

Importante destacar que PAS deverá considerar as programações de políticas públicas assumidas no decorrer do ano de seu exercício. Ainda, a definição dos recursos orçamentários deve deixar claro o Bloco de financiamento que irá subsidiar os pagamentos.

A relação da PAS com os instrumentos da gestão da administração pública deve ser entendida com mais clareza a fim de atender as demandas conforme a realidade do município. A elaboração da PAS, ao considerar as diretrizes do Plano de Saúde, também deve orientar a elaboração da LDO e LOA em consonância com o PPA, de modo que a programação do orçamento atenda às reais necessidades do município, buscando otimizar a alocação dos recursos. Não pode, portanto, haver incoerência entre os recursos orçamentários do PPA, LOA e PAS.



1 – A Lei de Diretrizes Orçamentárias, elaborada até 15 de abril do ano corrente, orienta a Lei Orçamentária Anual a ser executada no ano seguinte.

2 – O Relatório Anual de Gestão, que deve ser aprovado no Conselho de Saúde até 31 de maio do ano corrente, avalia a Programação Anual de Saúde executada no ano anterior.

3- A PAS deve acompanhar as bases legais da LDO e LOA.

Vale destacar que para a construção da PAS, além da equipe de saúde, deve ser incluído no processo o setor financeiro do município, responsável pela contabilidade da saúde, de forma que a programação orçamentária contemple as ações definidas na PAS, propiciando a transparência e coerência em relação aos regramentos do SUS, permitindo que haja a distinção de recursos provenientes do âmbito Federal, Estadual e Municipal ao fornecer as informações no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde -SIOPS.

Também o financiamento por Blocos ficará mais claro, uma vez que as ações contempladas na programação orçamentária estarão relacionadas às ações previstas na PAS, o que em geral não ocorre.

### **Definição do passo-a-passo de construção**

Logo no início do ano corrente, o Gestor deve procurar se organizar para que seja elaborada a PAS do ano seguinte, lembrando de alinhar a programação orçamentária para garantir a execução das ações que viabilizarão a execução das diretrizes previstas no Plano de Saúde.

À partir das diretrizes definidas no Plano, é possível elencar várias ações (Programas que serão executados através de projetos e processos), associadas a metas e indicadores que irão viabilizar o cumprimento da programação. É importante lembrar de vincular recursos de forma adequada aos Programas e as ações e definir os responsáveis pelo acompanhamento e execução destas.

### **Definição do indicador e da meta anual referente a cada uma das ações**

Conforme foi apresentado, existem passos básicos a serem seguidos para a construção de uma boa Programação Anual de Saúde. É importante que sejam pensadas ações que tornem viável a operacionalização das diretrizes colocadas no Plano Municipal, pois estas trazem os pressupostos básicos para intervenção nos principais problemas de saúde percebidos no município.

O acompanhamento das ações depende, em grande medida, da definição de metas e indicadores, que funcionam como verdadeiros parâmetros para mensurar o quanto aquela ação é capaz de contribuir na melhoria dos problemas de saúde do município.

Nos itens subsequentes, será detalhada a importância de se definir ações, indicadores e metas coerentes, bem como a identificação dos recursos orçamentários destinados à execução das ações.

A estrutura básica da PAS parte do quadro abaixo: PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

<b>ANO:</b>						
<b>Eixo/Diretriz</b>						
<b>Ação</b>	<b>Metas</b>	<b>Indica dor</b>	<b>Respons áveis</b>	<b>Parceri as</b>	<b>Recursos Orçament ários (R\$)</b>	<b>Origem dos recursos *</b>

Ações são instrumentos da programação voltados ao alcance dos objetivos de um programa, que envolvem um conjunto de operações que dão origem a um produto, cuja finalidade é a solução dos problemas identificados no Plano de Saúde. São elas medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde. É importante lembrar que os problemas são descritos de forma detalhada na análise de situação de saúde, que deve conter o Plano de Saúde. No entanto, cabe ao gestor, no momento de elaboração da Programação Anual de Saúde, eleger os problemas considerados prioritários e que serão abordados naquele ano em coerência com as prioridades já definidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária Anual. Isso porque a execução de uma dada ação pressupõe a existência de recursos, sejam eles financeiros ou humanos.

Um conjunto de ações pode compor um projeto (caráter temporário) ou um processo (caráter permanente), conforme exemplo da figura abaixo. Cada ação, para que seja viável, deve ter um responsável especificado, valor de recursos financeiros a ela destinado, bem como sua fonte, além da definição de indicador para monitoramento e avaliação.

As metas são expressões numéricas que indicam um futuro desejado. Devem ser alcançáveis, desafiadoras, diretas, negociáveis e fundamentadas em séries históricas (BRASIL, 2011). São elas uma espécie de parâmetros para estabelecer onde se espera chegar com determinada ação. Dessa forma, são instrumentos utilizados para quantificar a ação.

Divide-se as metas em físicas e financeiras. As primeiras referem-se à quantidade de produto a ser ofertado pela ação naquele ano. Para a escolha dessas metas, é importante levar

em consideração o quanto da ação foi executada nos anos anteriores, como a ação vem sendo desenvolvida e quais as perspectivas para sua realização, de modo que se pense em metas possíveis de serem cumpridas.

Já as metas financeiras são as despesas orçamentárias que serão gastas com a ação. Representam estimativas dos custos para a realização da meta física definida na ação.

O exemplo abaixo, retirado da Programação Anual de Saúde da SES, fornece um exemplo claro do que é as metas:

<b>Ação</b>	<b>Meta Física</b>	<b>Meta Financeira</b>
Ampliação da cobertura populacional Programa Saúde da Família (PSF)	4.358 equipes de PSF do em funcionamento	R\$184.184.112

Os indicadores são elementos de gestão fundamentais às atividades de monitoramento e avaliação no âmbito da administração pública, pois permitem a mensuração das atividades desenvolvidas, possibilitando o acompanhamento do alcance das metas, identificação dos avanços, melhorias de qualidade, correção de problemas e necessidades de mudanças. Servem, portanto, para mostrar como está a situação das atividades, permitindo sua avaliação (BRASIL, 2011b).

A utilização dos indicadores é algo bastante comum não apenas no cenário da gestão, mas em nosso próprio dia-a-dia. Por exemplo, quando o velocímetro do carro aponta para uma velocidade acima da permitida em uma via, é um indicador da necessidade de redução da aceleração do automóvel. O velocímetro, por si só, não informa a necessidade de mudança na aceleração, devendo o motorista ter conhecimento a respeito da realidade apresentada, que é obtida a partir de uma leitura do número antes apresentado pelo velocímetro, obtendo uma consistência direcionada por uma realidade (GIROTO *et al*, data). O indicador do velocímetro fornece informações para a tomada de decisões.

São os indicadores preferencialmente apresentados de forma numérica, por meio de índices, compostos de valores numéricos que representam uma relação matemática. Entretanto, deve-se ter em mente que são tais números fundamentais a uma boa gestão, pois permitem a mensuração dos resultados e gestão do desempenho. São formas de atribuir valor/números a realidade social. Fornecem informações aos gestores, possibilitando que tomem

decisões embasadas em evidências e argumentos, e não de forma aleatória; por fim, facilitam o controle do desempenho e do planejamento. No momento de escolha dos indicadores, é necessário estabelecer alguns critérios básicos para garantia da sua qualidade, permitindo a boa utilização no momento da operacionalização.

O primeiro critério é a validade, que refere-se a adequação do indicador para a mensuração ou representação do fenômeno que visa apresentar. Deve ser possível distinguir tal fenômeno dos demais e permitir a verificação das mudanças no decorrer do tempo (BRASIL,2011b). Em seguida, observa-se a seletividade ou importância, devendo os indicadores trazer informações sobre os aspectos mais estratégicos das ações que acompanhadas por eles, de forma que estejam bem atrelados a mensuração dos aspectos mais importantes. Deve-se observar ainda a simplicidade e clareza, tendo-se em vista que os indicadores devem ser compreendidos e acessíveis a todos, sendo capazes de levar mensagens aos interessados, justamente pela importância dos indicadores para a gestão.

Por fim, tem-se a representatividade, cabendo aos indicadores proporcionarem uma visão ampla daquilo que for realmente importante ao acompanhamento da ação; um indicador é mais confiável quando tem maior cobertura (MARINI E MARTINS, 2010).

De acordo com o que deseja medir, os indicadores podem assumir várias classificações.

Os indicadores de processo são aqueles que referentes aos detalhes dos processos que conduzem a manutenção da saúde ou recuperação da doença, ou seja, medem as atividades que permitem o funcionamento dos serviços de saúde. Como exemplos: proporção de gestantes que fazem pré-natal, proporção de gestantes inscritas no primeiro semestre.

Os indicadores de resultado medem quais os benefícios gerados pelo desenvolvimento e investimentos numa determinada ação, qual o impacto a iniciativa gerou. Como exemplo tem-se a taxa de mortalidade infantil no município, capaz de medir quais impactos uma ação nesta área proporcionaram. Dessa forma, é necessário que se saiba qual o objetivo do indicador procurado, definindo se este está relacionado à mensuração processos relacionados ao desenvolvimento da ação, ou se volta à análise do impacto maior gerado pela política.

A construção dos indicadores está pautada num conjunto de passos necessários para assegurar sua qualidade e permitir que sejam instrumentos eficazes na mensuração do desempenho das ações. Os passos iniciais e mais relevantes nesse processo estão descritos abaixo:

**1º passo** – Identificar o que medir, em que dimensão é medido e em que nível? Deve ser esse o primeiro questionamento ao se elaborar indicadores, pois é necessário identificar se o indicador irá proporcionar uma análise do desempenho de uma política como um todo, ou se será modelado a uma ação específica. No caso da Programação Anual de Saúde, é muito importante que cada ação tenha um indicador para seu acompanhamento. Definida a abrangência, deve-se delimitar precisamente o que será mensurado.

Para tanto, é importante uma visão abrangente do universo da política: quais os recursos disponíveis, quais os resultados e impactos pretendidos pela ação, qual o público interessado no desenvolvimento da política. É fundamental que a definição desse objeto estudado pelos indicadores esteja em coerência com os objetivos e metas estratégicas definidas no Plano Municipal.

O entendimento dessas diretrizes permitem a criação de indicadores coerentes que reflitam de maneira clara o quanto da estratégia da política de saúde municipal está sendo alcançada por aquela ação; o quanto esta contribui para o alcance das perspectivas do Plano (BRASIL,2009).

**2º passo** – Estabelecer os indicadores: Ao estabelecer os indicadores, é importante a observação dos critérios já citados anteriormente, como a validade, seletividade, representatividade, para garantir que tenham boa utilização n momento da operacionalização. Deve-se ter em mente, ainda, que a escolha do indicador precisa atender às expectativas dos interessados e envolvidos naquela política, de maneira a assegurar a relevância daquele indicador (BRASIL, 2009). Os indicadores devem vir minimamente especificados por um conjunto de componentes:

Unidade de medida: padrão escolhido para mensurar a relação adotada como indicador. É a relação entre as grandezas que mensuram o problema, dando significado ao valor indicado como índice;

Exemplo: Taxa de mortalidade infantil

Unidade de medida: proporção de 1 óbito para cada mil nascidos.

Fórmula: expressão matemática que demonstra a fórmula para cálculo do indicador;

Exemplo: (Somatório da população acima de 15 anos de idade e que não é alfabetizada / população total acima de 15 anos)\*100

Índice: valor do indicador num determinado momento; é a parte numérica do indicador;

Meta: índice a ser alcançado durante certo período.

**3º passo** – Validação preliminar com as partes interessadas: Nesse momento são discutidos e analisados os critérios de avaliação do indicador (seletividade, viabilidade, clareza), de modo a definir se estão ou não de acordo com esses critérios, dando base para a decisão de manter, excluir ou modificar o indicador. É importante a inclusão de todos os interessados nesse processo, a fim de se construir um conjunto significativo de indicadores.

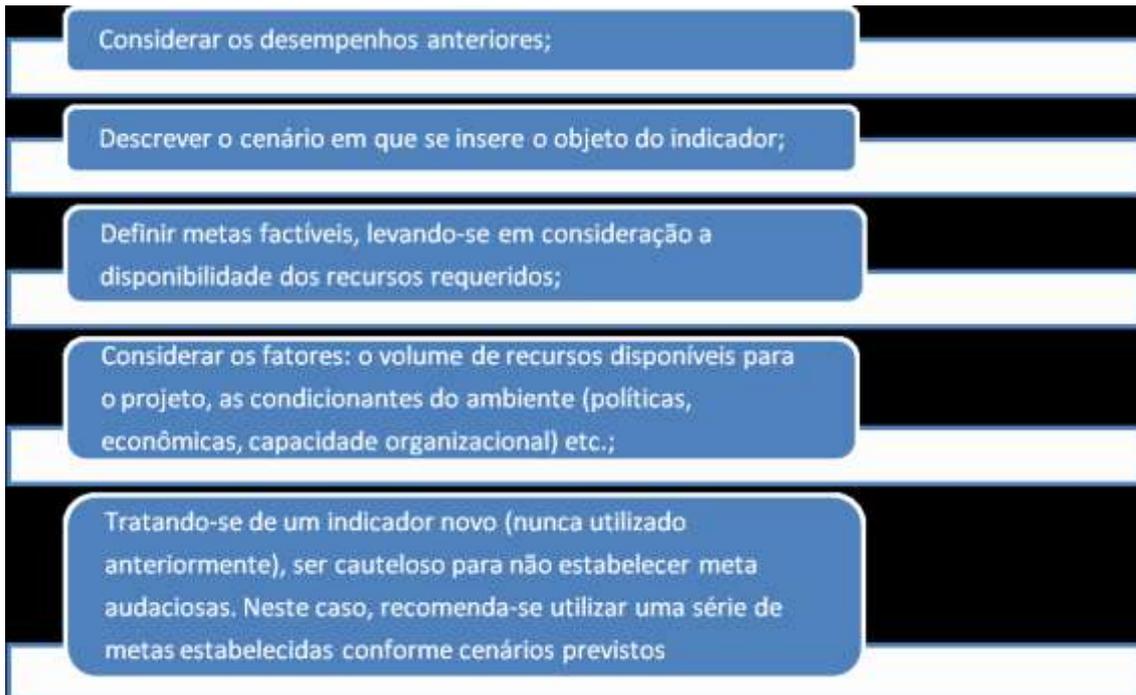
**4º passo** – Construção de fórmulas e metas: A fórmula identifica como serão calculados os indicadores, permitindo que seja ele inteligível, uniforme, específico para a interpretação de resultados e subsidiadores da tomada de decisão. A construção das fórmulas deve acontecer em conjunto com a identificação da fonte de dados. Podem as formulas virem acompanhadas por unidades de medida das mais diversas naturezas: proporções/coeficiente (divisão entre o número de casos pertencente a uma categoria e o total de casos considerados); percentual (multiplicação de proporções por 100); razão (divisão de A por B, quando representam categorias distintas).

### **Definição das metas**

Após a definição da ação e do seu respectivo indicador, é expressa a meta. Por exemplo, caso tenha sido definido como ação “aumentar a cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal”, tendo como indicador “ % de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal”, determina-se como meta uma cobertura de 50 %.

Em geral, para que defina uma meta viável e factível, o gestor deve observar o comportamento desse mesmo indicador em anos anteriores, evitando metas muito brandas ou até mesmo muito audaciosas.

É importante que alguns cuidados sejam tomados no momento de definição das metas:



Fonte: BRASIL (2009).

Após todos esses passos para a elaboração dos indicadores, é necessário medir o que se deseja para estabelecer a qualidade da ação executada e possibilitar possíveis mudanças.

O primeiro passo é coletar os dados para que seja calculado o indicador. Retomando o exemplo dado anteriormente, “ % de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal”, para o cálculo do indicador, é necessário buscar os dados referentes a número de nascidos vivos, cujas mães realizaram mais de 7 consultas pré-natal, e o número total de recém-nascidos. A partir de uma divisão, calcula-se o indicador. Em segundo lugar, é possível atribuir uma nota ao indicador, de modo a analisar o quanto da meta foi cumprido. A nota reflete o esforço para o alcance da meta acordada para aquele indicador.

Deve-se ter um acompanhamento periódico dos indicadores, para monitorar a execução das ações. Quando a meta estabelecida tem um bom percentual de cumprimento, acima dos 80 % por exemplo, é sinal que a ação está sendo bem executada e alcançará bons resultados. Já em caso de baixo cumprimento da meta, o gestor deve ter atenção, pois sinaliza que a ação não cumprirá os resultados esperados, devendo haver uma readequação nas estratégias de execução para a garantia de impactos mais positivos à população.