

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO

Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Daniella Fontes Bregunci

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHERES: Ações Contempladas no Plano Plurianual de Ação Governamental, no Pacto pelo Cidadão e no MG Planeja entre 2015 e 2017

Belo Horizonte, MG

2018

Daniella Fontes Bregunci

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHERES: Ações Contempladas no Plano Plurianual de Ação Governamental, no Pacto pelo Cidadão e no MG Planeja entre 2015 e 2017

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientadora: Ma. Daniela Goes Paraiso Lacerda

Belo Horizonte, MG

2018

B833p Bregunci, Daniella Fontes.
Políticas públicas de saúde para mulheres [manuscrito] : ações contempladas no Plano Plurianual de Ação Governamental, no pacto pelo cidadão e no MG Planeja entre 2015 e 2017 / Daniella Fontes Bregunci. – 2018.
[8], 55 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2018.

Orientadora: Daniela Goes Paraiso Lacerda

Bibliografia: f. 58-63

1. Saúde pública – Mulher – Minas Gerais. 2. Política de saúde - Mulher – Minas Gerais. 3. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). 4. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). I. Lacerda, Daniela Goes Paraiso. II. Título.

CDU 614-055.2(815.1)

Daniella Fontes Bregunci

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MULHERES: Ações Contempladas no Plano Plurianual de Ação Governamental, no Pacto pelo Cidadão e no MG Planeja entre 2015 e 2017

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientadora: Ma. Daniela Goes Paraiso Lacerda

Aprovada na Banca Examinadora

Ma. Daniela Goes Paraiso Lacerda, orientadora, Fundação João Pinheiro

Dra. Danielle Ramos de Miranda Pereira, avaliadora, Fundação João Pinheiro

Dra. Luíza de Marilac de Souza, avaliadora, Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 26 de novembro de 2018.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a tanta gente de coração bom que convivi diariamente durante o tempo de vida que já experimentei... Pessoas que me escutaram quando eu estava perdida, triste, com raiva, alegre, entusiasmada, empolgada, cheia de sonhos... Foram meus colegas e amigos de colégio, de cursinho, de Viçosa, da especialização, trainees, de fábrica, da FJP, dos estágios que já fiz, minha psicóloga adorável, professores que já tive, minha querida orientadora de monografia, minha família Bregunci, minhas irmãs que eu amo, minha parceira e irmã gêmea, meus sobrinhos lindos, meu noivo amoroso e apaixonante e a família cativante que ele tem. Fui acolhida por tantas pessoas legais! Desejo retribuir, todos os dias, as energias que recebi e fazer meu melhor por onde eu passar.

Universo, obrigada por conspirar a favor. Sou eternamente grata e feliz.

RESUMO

No Brasil, a Saúde da Mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. A partir da década de 1930, os programas passaram a ser materno-infantis para, somente na década de 1980, tornarem-se mais abrangentes, contemplando os ciclos da vida da mulher, desde a juventude até a terceira idade. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual adotava medidas para possibilitar o acesso da sociedade aos meios de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando diversas ações nos âmbitos da ginecologia; pré-natal, parto e puerpério; planejamento familiar; Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e câncer de mama e colo de útero. Em 2004, houve mais uma evolução e o Ministério da Saúde elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes”, cujo objetivo é reduzir a morbimortalidade das mulheres por causas evitáveis e proporcionar atendimento de melhor qualidade e mais humanizado a elas. Sabendo o quanto as políticas públicas de saúde para as mulheres evoluíram recentemente no país e visando compreender a relação dessas políticas, numa perspectiva interestadual, o seguinte problema foi delimitado: as diretrizes e os objetivos específicos da PNAISM norteiam as ações contidas nas principais ferramentas de planejamento, orçamento e gestão do governo de Minas Gerais? O trabalho utilizou como base de dados as ações de saúde exclusivas para mulheres inseridas no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) de Minas Gerais 2012 – 2015, exercício 2015; no PPAG 2016 – 2019, exercícios 2016 e 2017; no Pacto pelo Cidadão, exercícios 2016 e 2017; e no MG Planeja, ferramenta de gestão utilizada internamente pelo governo estadual desde 2016. Com base nas ações encontradas no PPAG e no MG Planeja, foi possível concluir que cinco dos quatorze objetivos específicos da PNAISM foram corroborados, quais sejam: ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica; estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar; promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada; promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual e reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina. No que se refere ao Pacto Pelo Cidadão, nenhuma ação com esse recorte foi encontrada. Dessa forma, conclui-se que Minas Gerais possui lacunas na área da saúde da mulher a serem preenchidas, tais como, explicitar ações de atenção à saúde da mulher negra, indígena, trabalhadora do campo ou cidade, em situação de prisão, jovem e na terceira idade, além de atender a demanda pela implantação um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero. Sob a perspectiva das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com base nos resultados apresentados, é possível dizer que as ações descritas neste trabalho seguem as diretrizes, mas não esgotam o que diz respeito à integralidade.

Palavras chave: Saúde. Mulher. PAISM. PNAISM. Minas Gerais.

ABSTRACT

In Brazil, Women's Health was incorporated into national health policies in the first decades of the 20th century, being limited to demands related to pregnancy and childbirth. In the 1930s, the health programs started to have a maternal-child perspective, and, only in the 1980s, they become more inclusive, encompassing the cycles of women's lives, from youth to old age. In 1984, the Health Ministry elaborated the Program of Integral Assistance to Women's Health (PAISM), which adopted measures to enable society to access various actions in the areas of contraception, gynecology; prenatal, childbirth and puerperium; family planning; Sexually Transmitted Diseases (STDs) and cancer of the breast and cervix. In 2004, there was a further development and the Health Ministry prepared the document "National Policy for Integral Attention to Women's Health (PNAISM) - Principles and Guidelines", which aims to reduce women's morbidity and mortality from preventable causes and provide qualified and humanized care. Knowing how public health policies for women have recently evolved and with a view to understanding the relationship between these policies in an interstate perspective, the following problem has been defined: the guidelines and the specific objectives of the PNAISM guide the actions contained in the main planning and management tools, of the government of Minas Gerais? The work used as a database the exclusive health actions for women included in the Multi-Annual Plan of Government Action (PPAG) of Minas Gerais 2012-2015, fiscal year 2015; in PPAG 2016 - 2019, 2016 and 2017; in the Pact for the Citizen, 2016 and 2017; and in MG Planeja, a management tool used internally by the state government since 2016. Based on the actions found in PPAG and in MG Planeja, it was possible to conclude that five of the fourteen specific objectives of the PNAISM were corroborated, namely: to extend and qualify clinical-gynecological care; stimulate the implementation and implementation of family planning assistance; promote obstetric and neonatal care, qualified and humanized; promote attention to women and adolescents in situations of domestic and sexual violence and reduce morbidity and mortality from cancer in the female population. With regard to the Pact for the Citizen, no action with this clipping was found. Thus, it is concluded that Minas Gerais has gaps in the area of women's health to be fulfilled, such as explicit health care actions of black, indigenous, rural or urban women, prisoners, young people or in addition to meeting the demand for implanting a model of mental health care for women under the gender focus. From the perspective of the guidelines of the PNAISM, based on the results presented, it is possible to say that the actions described in this study follow the guidelines, but do not exhaust the integrality.

Keywords: Health. Woman. PAISM. PNAISM. Minas Gerais.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALMG - Assembleia Legislativa de Minas Gerais

Art. - Artigo

ASPLAN - Assessorias de Planejamento

BLH - Bancos de Leite Humano

CAGEP - Casa de Apoio à Gestante e Puérpera

CGBP - Casas da Gestante, Bebê e Puérpera

CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CPN - Centro de Parto Normal

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESP-MG - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

FES - Fundo Estadual de Saúde

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FJP - Fundação João Pinheiro

FUCAM - Fundação Educacional Caio Martins

FUNED - Fundação Ezequiel Dias

GAR - Gestantes de Alto Risco

HEMOMINAS - Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais

IAG - Identificador de Ação Governamental

IDENE - Instituto de Desenvolvimento do Norte e Nordeste de Minas Gerais

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCLH - Postos de Coleta de Leite Humano

PMDI - Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PPAG - Plano Plurianual de Ação Governamental

PT - Partido dos Trabalhadores

RAS - Regiões Ampliadas de Saúde

SAVVS - Serviços de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual

SCIAPE - Superintendência Central de Informações e Apoio às Políticas Estratégicas

SEDESE - Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social

SEDINOR - Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Integração do Norte e Nordeste de Minas Gerais

SEDPAC - Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania

SEESP - Secretaria de Estado de Esportes

SEGOV - Secretaria de Estado de Governo

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SEPLAG - Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão

SERVAS - Serviço Social Autônomo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intermediários

UMM - Unidades Móveis de Mamografia

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTRAMIG - Fundação de Educação para o Trabalho de Minas Gerais

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2. METODOLOGIA | 12 |
| 3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES..... | 14 |
| 3.1 Uma breve história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) .. | 14 |
| 3.2 Uma breve história da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) | 16 |
| 4. FERRAMENTAS DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO DO GOVERNO DE MINAS GERAIS UTILIZADAS ENTRE 2015 E 2017..... | 22 |
| 4.1. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) | 24 |
| 4.2 Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG)..... | 27 |
| 4.3 Fóruns Regionais..... | 29 |
| 4.4 Pacto pelo Cidadão..... | 31 |
| 4.5 MG Planeja | 34 |
| 5. RESULTADOS | 40 |
| 5.1 Resultados do MG Planeja | 40 |
| 5.2 Resultados do Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) | 48 |
| 6. CONCLUSÃO | 56 |
| 7. REFERÊNCIAS | 58 |

1. INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e institucionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema público de saúde que inclui desde vacinação de crianças até assistência ao paciente oncológico, garantindo acesso gratuito, igualitário e universal para toda a população do país. Além do acesso universal, o SUS também proporciona atenção integral à saúde, ou seja, dos primeiros dias de vida até a terceira idade. Anteriormente, o acesso ao sistema público de saúde não era universal, visto que a assistência era prestada apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social. Dessa maneira, os demais cidadãos dependiam de entidades filantrópicas para serem atendidos (BRASIL, 2018).

O governo federal, a partir da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e de diversos debates, chega à conclusão que saúde não se limita a ausência de doença. O conceito de saúde engloba também qualidade de vida, o que desencadeia redes conexas de políticas públicas de diversos temas, cujos eixos centrais são redução das desigualdades regionais e desenvolvimento econômico e social. Por conseguinte, o SUS, em conjunto com as demais políticas públicas, deve atuar na promoção e proteção da saúde, na prevenção de doenças e de agravos, no diagnóstico, no tratamento, na recuperação e na reabilitação de doentes. Essas ações e serviços são compostas por atenção básica, de média e alta complexidades; serviços de urgência e emergência; atenção hospitalar; ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2018).

O SUS oferece esses serviços e ações delimitados a uma determinada área geográfica e com público-alvo definido. A responsabilidade por executá-los é distribuída entre os três níveis de governo, dependendo da complexidade de cada um e de variáveis relacionadas a qualidade, controle e fiscalização (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde é a instituição que faz a gestão federal da saúde e sua responsabilidade é estabelecer normas e formular políticas públicas nacionais. Por outro lado, o gestor estadual, através da Secretaria Estadual de Saúde (SES), aplica recursos próprios e os repassados pela União na execução das ações sob sua responsabilidade com o objetivo de organizar o atendimento à saúde oferecido pelo SUS dentro do seu território. Além disso, ele também pode formular e executar suas próprias políticas públicas de saúde, desde que respeite a normatização federal. A mesma dinâmica vale para o município, sabendo que neste caso a gestão é da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e que os recursos podem ser próprios, repassados pela União e também pelo estado. Além disso, o

município também pode estabelecer parceria com outros municípios para garantir o atendimento pleno da sua população (BRASIL, 2018).

As políticas nacionais de saúde de atenção de média e alta complexidade possuem recortes variados, por vezes baseados no tipo de problema de saúde (doença renal, doença neurológica, etc.), no tipo específico de serviço de atenção (urgência/emergência e traumatologia-ortopedia, por exemplo), em áreas de atenção (saúde bucal, saúde do portador de deficiência, dentre outras), em determinados segmentos populacionais (idosos, mulheres, etc.) e também leva em consideração questões geográficas e espaciais. Ademais, quase todas as políticas envolvem a publicação de instrumentos normativos pelo gestor federal a fim de organizar e facilitar o entendimento sobre as áreas abordadas (BRASIL, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, a Saúde da Mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto, evoluindo para os programas materno-infantis a partir da década de 1930. Posteriormente, as mulheres organizadas reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos da vida, desde a juventude até a terceira idade. Assim, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual adotava, com dificuldade, medidas para possibilitar o acesso da sociedade aos meios de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando diversas ações nos âmbitos da ginecologia; pré-natal, parto e puerpério; planejamento familiar; Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e câncer de mama e colo de útero. Contudo, em 2002, foram constatadas várias lacunas no PAISM e, em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes", cujo objetivo é formalizar o compromisso do governo federal com a implementação de ações de saúde que favoreçam a garantia dos direitos humanos das mulheres e redução a morbimortalidade por causas evitáveis. Esse documento foi elaborado em conjunto com diversos setores da sociedade: movimento de mulheres, movimento negro e o de trabalhadoras rurais, além de sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2011a).

Esse trabalho tem como objetivo identificar se as diretrizes e os objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher norteiam as ações contidas nas principais ferramentas de planejamento, orçamento e gestão do governo de Minas Gerais, no período de 2015 a 2017. Nesse sentido, vale ressaltar que o foco não é o aprofundamento da discussão de gênero nas políticas públicas de saúde no Brasil, embora toda publicação e debate sobre a saúde da mulher esteja permeada por essa categoria de

análise. O trabalho utilizará como base de dados o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) 2012 – 2015, exercício 2015; o PPAG 2016 – 2019, exercícios 2016 e 2017; o Pacto pelo Cidadão, exercícios 2016 e 2017; e o MG Planeja, ferramenta de gestão utilizada internamente pelo governo estadual desde 2016.

A monografia é composta por seis capítulos, contando com esta introdução. O segundo irá descrever a metodologia usada, assim como as escolhas realizadas para a apresentação dos resultados. O terceiro abordará a evolução histórica das políticas de saúde para as mulheres no Brasil, mais especificamente o PAISM e a PNAISM. Em seguida, no quarto capítulo, as ferramentas de planejamento e orçamento utilizadas pelo governo de Minas Gerais (Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado e PPAG), bem como as de gestão governamental (Fóruns Regionais, Pacto pelo Cidadão e MG Planeja), serão contextualizadas. No capítulo Resultados, o quinto deste trabalho, serão listadas as ações exclusivas para mulheres encontradas na base de dados para que, no sexto e último capítulo, seja apresentada a Conclusão.

2. METODOLOGIA

Para cumprir o objetivo proposto, foi realizada a pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva, de acordo com Gil (2002), tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Em relação às técnicas de levantamento de dados utilizadas, optou-se pelas pesquisas bibliográficas e documentais. Inicialmente, foi realizada a pesquisa bibliográfica da literatura disponível sobre o SUS e sobre as características das políticas públicas de assistência à saúde da mulher no Brasil e como elas evoluíram do início do século XX até os dias atuais. Dentro desse contexto, foram apontadas as principais diretrizes e os objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Posteriormente, foi realizada uma pesquisa documental a partir de documentos legais. As principais leis e decretos citados no trabalho têm como tema o PMDI, o PPAG, os Fóruns Regionais, o Pacto pelo Cidadão e o SUS. O principal arquivo interno utilizado foi o manual da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG) de Minas Gerais que explica o funcionamento e a centralidade do MG Planeja para a gestão governamental do estado.

Em seguida, as metas e ações de políticas públicas de saúde exclusivas para mulheres contidas no PPAG 2012 – 2015, exercício 2015; PPAG 2016-2019, exercícios 2016 e 2017; Pacto pelo Cidadão, exercício 2016 e 2017, e MG Planeja foram listadas, contextualizadas e seus resultados físicos e orçamentários apresentados para os anos de 2015, 2016 e 2017.

No capítulo Resultados, os resultados orçamentários de cada ação foram calculados a partir da divisão entre o valor do orçamento executado sobre o planejado. O conceito de orçamento executado empregado tanto nas ações do MG Planeja como nas ações do PPAG e do Pacto pelo Cidadão é o de despesa liquidada dentro do exercício financeiro, ou seja, o cálculo não engloba a liquidação de restos a pagar não processados. Essa escolha foi feita porque esse é o critério empregado desde 2015, pelos órgãos e entidades que compõem o Sistema de Saúde, para a inserção dos dados no MG Planeja. Restos a pagar não processados foram desconsiderados por esses órgãos para evitar alterações constantes dos valores referentes às execuções orçamentárias de exercícios anteriores, o que poderia gerar erros de lançamentos e falhas de comunicação entre gestores públicos. De acordo com o art. 63 da Lei 4.320, de 17/03/1964 (BRASIL, 1964), a liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito.

O conceito de orçamento planejado utilizado nas ações do PPAG foi o de crédito autorizado, cujo embasamento legal encontra-se na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de Minas Gerais, especificamente na Seção “Disposições sobre a Limitação Orçamentária e Financeira”, dos exercícios financeiros de 2015 (art. 41 da Lei 21.447 de 01/08/2014) (MINAS GERAIS, 2014), 2016 (art. 42 da Lei 21.736 de 04/08/2015) (MINAS GERAIS, 2015c) e 2017 (art. 41 da Lei 22.254, de 25/07/2016) (MINAS GERAIS, 2016i). Basicamente, a LDO de cada exercício declara que o Poder Executivo tem autonomia para elaborar e publicar, por ato próprio, até 30 dias após a publicação da LOA, o cronograma anual de desembolso, por órgão. Como nos anos de 2015, 2016 e 2017 o crédito inicial (estipulado no PPAG e aprovado na LOA pela Assembleia Legislativa de Minas Gerais - ALMG) foi diferente do crédito autorizado (valor orçamentário disponível para utilização), ou seja, o crédito inicial sofreu anulações e suplementações no início do exercício por decisão do governador, optou-se por escolher o crédito autorizado como o valor do orçamento planejado para cada ação do PPAG encontrada.

Os valores de despesa liquidada e de crédito autorizado das ações do PPAG foram extraídos do relatório disponibilizado pelo Sistema Integrado de Administração Financeira (BO/SIAFI) de Minas Gerais. Em relação às ações ao MG Planeja, os valores de despesa liquidada e de orçamento planejado foram retirados do Relatório Global do próprio sistema, sendo a área fim de cada ação a responsável pela declaração dessas informações.

O período a ser estudado, 2015 a 2017, foi escolhido porque abrange o início de diversas mudanças estruturais e institucionais realizadas pelo Partido dos Trabalhadores, sob a gestão de Fernando Pimentel, em Minas Gerais. Tais mudanças são, por exemplo, a divisão do estado em 17 Territórios de Desenvolvimento e a institucionalização dos Fóruns Regionais, ambas influenciaram a estrutura do PMDI 2016-2027, do PPAG 2016 - 2019 e do Pacto pelo Cidadão.

No próximo capítulo, serão apresentadas as principais políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES

O Sistema de Saúde é mais do que um sistema para tratar de doenças, ele representa uma instituição que atua em diferentes frentes e, cada vez mais, precisa compreender o indivíduo como pessoa, ou seja, a situação social em que ele está inserido e as emoções e preocupações que o afligem. Dessa forma, os profissionais e gestores que compõem a estrutura do sistema de saúde ampliam gradativamente o objeto de saber, desenvolvendo novos modos de pensar e agir (Bedrikow e Campos, 2011).

Além disso, por trás do sistema público de saúde, existe uma luta política constante. Essa luta permeia os planos ideológico, econômico e institucional, culminando na forma de organização do sistema, nas estratégias de gestão e no exercício do poder. Portanto, o SUS não é uma proposta fechada e acabada, ela muda com o tempo (Souza, 2009). Um dos princípios estruturadores do SUS que tem grande influência sobre sua forma de organização se refere à integralidade da assistência, presente no inciso II do art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, definido como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Com base em um dos textos básicos do trabalho Gestão Municipal da Saúde, cuja autoria é do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 301), o princípio da integralidade significa levar em consideração a pessoa como um todo, o que exige combinação e harmonia de ações para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Paralelamente, esse princípio também pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar a qualidade de vida dos indivíduos.

Desse modo, as políticas e programas de saúde vêm se apoiando em novos alicerces, abrindo lugar para a problematização mais abrangente dos determinantes sociais existentes na sociedade brasileira (MATTOS, 2009). É nesse contexto de transformação dos modos de pensar e agir em saúde que foi instituída, em 1984, o PAISM e, em 2004, a PNAISM.

3.1 Uma breve história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

A saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas nacionais durante as primeiras décadas do século XX, nesse período o campo foi limitado às demandas relativas à gravidez e ao parto. Em seguida, entre as décadas de 1930 e 1970, os programas materno-infantis avançaram, entretanto, a saúde da mulher era restrita à dimensão procriativa,

especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe. Ou seja, as mulheres ficavam sem assistência na maior parte de suas vidas (MEDEIROS e GUARESCHI, 2009, p. 39). Além do público-alvo serem as gestantes e as crianças, esses programas eram marcados pela verticalidade e pela falta de integração com outras ações postas em curso pelo governo federal. A consequência disso era o baixo impacto dos programas da época nos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2004, p. 15).

Em 1983, graças à atuação estratégica do movimento feminista e ao início do processo de redemocratização do Brasil, ocorre a idealização, definição e implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (SOUTO, 2008, p. 164). Deste modo, o PAISM surge antes da institucionalização do SUS e antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, já incorporando princípios de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além da integralidade e equidade na atenção. O termo integralidade, aplicado no contexto deste Programa, era muito mais abrangente do que o usado nas formulações do movimento sanitário (SOUTO, 2008, p. 164 e 165), pois incorporou a visão de mulher como sujeito completo, deixando de ser apenas mamas, útero e gestação (MEDEIROS e GUARESCHI, 2009, p. 36). Portanto, na teoria, o PAISM deveria reforçar a oferta de serviços clínico-ginecológico e ações educativas, ambos voltados ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, parto e puerpério, abordando os problemas enfrentados pelas mulheres da adolescência até a terceira idade, como as DSTs, o planejamento familiar (concepção e contracepção), o câncer cérvico-uterino e mamário e o climatério (OSIS, 1998, p. 27). Consequentemente, o Programa exigia uma nova postura de trabalho de equipe de saúde, o que implicava em capacitações e práticas educativas constantes para os funcionários envolvidos diretamente na prestação dos serviços, assim como para as pessoas encarregadas pelas supervisões e coordenações programáticas (OSIS, 1998, p. 27).

O PAISM teve um período de implantação de 25 anos. Inicialmente, de 1984 a 1989, o SUS ainda não havia sido implantado e o contexto político era de um Estado autoritário e sob a configuração de um Estado Mínimo. Na década de 1990, com a implantação da política do SUS e a conseqüente municipalização e reorganização da atenção básica por meio do Programa Saúde da Família, o PAISM se fortaleceu. Contudo, na prática a maioria dos municípios brasileiros enfrentou dificuldades técnicas, administrativas e políticas na execução das ações do plano (PRAÇA, 2017, p. 30). Além disso, as ações no campo da saúde reprodutiva foram privilegiadas, demonstrando a continuidade da visão de saúde materna nas atividades desenvolvidas. Isso demonstrou certo descompasso entre as diretrizes e a operacionalização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no país. De acordo

com Osis (1998, p. 26 a 28), o planejamento familiar ganhou tamanha importância em virtude do momento em que o Programa foi lançado, justamente quando o governo brasileiro sofria pressões externas para adotar uma política demográfica explícita a fim de controlar o crescimento populacional no país. Foi a primeira vez que o Estado brasileiro propôs e efetivamente implantou um programa que incluiu o planejamento familiar dentro do seu escopo de ações com a intenção de atuar no controle da reprodução. Na época, o planejamento familiar não deveria ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos do Brasil, mas foi atribuída à saúde certa responsabilidade pelo tema. Isso foi motivo para causar desconforto em alguns setores da sociedade, que viram no PAISM um foco excessivo em problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva da mulher. Complementarmente, não ficou evidente no PAISM a inclusão das diferenças existentes entre as diversas mulheres da sociedade brasileira, por exemplo, em relação a raça/etnia e a sexualidade (MEDEIROS e GUARESCHI, 2009, p. 42).

Mesmo com a discussão relacionada à política demográfica adotada pelo governo federal como condição para melhoria da condição socioeconômica do país, alguns movimentos de mulheres apontaram como um salto de qualidade do PAISM a inclusão da contracepção nas políticas públicas de saúde, atendendo, assim, as questões referentes aos direitos reprodutivos (OSIS, 1998, p. 28).

Diante do que foi exposto, é possível concluir que o lançamento do PAISM foi um marco social, pois provocou importantes debates naquele momento histórico de democratização da sociedade brasileira (OSIS, 1998, p.39). Além disso, o governo federal atuou para fortalecer o potencial de ação dos municípios no campo da saúde. Entretanto, ainda era preciso aprimorar as diretrizes do Programa e as ações decorrentes delas.

3.2 Uma breve história da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Em 1995 ocorre uma nova articulação das mulheres e a retomada do tema Saúde da Mulher na agenda governamental, fato relacionado, em grande parte, como resultado da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) (mais conhecida como “Conferência do Cairo”), realizada em 1994 (SOUTO, 2008, p.171). A partir do CIPD, as políticas públicas de saúde deixaram de centrar-se no controle do crescimento populacional como premissa para a melhoria da conjuntura econômica e social dos países (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p. 34). Nessa linha, a sexualidade e a reprodução humana passaram a serem vistas numa perspectiva de direitos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de forma que

a pessoa poderia ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a liberdade de reproduzir no momento que quiser e quantas vezes desejar.

Em 2003, a formulação de políticas públicas passou a ser feita num contexto de participação social, momento em que foi valorizado características como integralidade e intersetorialidade. Esse movimento inspirou a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, que identificou a necessidade de formar uma rede de ação com outras áreas técnicas e, conseqüentemente, novas ações foram propostas na perspectiva de inclusão da diversidade da condição feminina na política pública: mulheres rurais, urbanas, lésbicas, negras, indígenas, presidiárias, em situação de rua, portadoras de deficiência e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (SOUTO, 2008, p. 172). Nesse sentido, em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes”, uma política de Estado, e não mais um Programa, na qual contempla a população feminina acima de 10 anos e considera a idade reprodutiva entre 10 e 49 anos, significando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde no Brasil (BRASIL, 2011a, p.21). Também respeita a diversidade dos municípios brasileiros, tanto em suas especificidades epidemiológicas quanto nos diferentes níveis de organização dos sistemas locais de saúde. Dessa forma, a proposta era que a PNAISM fosse um instrumento de apoio aos estados e municípios na implementação de ações de saúde da mulher (BRASIL, 2015, p. 14).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher se preocupa em reduzir os índices de morbidade e de mortalidade das mulheres por causas preveníveis e evitáveis, apresentando, assim, um documento respaldado em estudos científicos sobre as principais causas de morbimortalidade na população feminina extraídos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e de documentos cuja autoria são de instituições e pessoas que trabalham com o tema. De acordo com os dados expostos na PNAISM (Brasil, 2004, p. 26), no Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares - destaque para o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias - câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero são os mais frequentes; as doenças do aparelho respiratório - marcadamente as pneumonias (podem encobrir casos de aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas - destaque para o diabetes; e as causas externas. A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto tem uma certa gravidade porque a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade e porque a maior parte das mortes são evitáveis. As principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto (todas evitáveis). Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade, baixo grau de escolaridade e

de acesso a informação, presença de violência das dinâmicas familiares e condições socioeconômicas precárias.

O relatório da PNAISM, publicada em 2004, também destaca e contextualiza as seguintes questões: mortalidade materna; precariedade da atenção obstétrica; abortamento em condições de risco; precariedade da assistência em anticoncepção; DST/HIV/Aids; violência doméstica e sexual; saúde de mulheres adolescentes (adotando a perspectiva da co-responsabilidade masculina na reprodução, contracepção e no planejamento familiar); saúde da mulher no climatério/menopausa; saúde mental e gênero; doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico; saúde das mulheres lésbicas; saúde das mulheres negras, saúde das mulheres indígenas, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural, saúde da mulher em situação de prisão. Adicionalmente, o relatório também aborda a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços já prestados pelo SUS às mulheres e de institucionalização da humanização do atendimento. Sem agir nessas duas frentes, não é possível proporcionar um atendimento integral do público feminino.

Após apresentar um resumo diagnóstico da saúde da mulher no Brasil e abordar a necessidade de melhoria da qualidade e da humanização do atendimento a esse público, o relatório da PNAISM elenca as diretrizes da Política, seus objetivos gerais e específicos. A Política possui quatorze diretrizes, que foram agrupadas da seguinte maneira:

- O SUS deve estar capacitado para proporcionar a atenção integral à saúde da mulher nos diferentes níveis de atenção à saúde, já que a Política de Atenção à Saúde da Mulher é de responsabilidade de todos os entes federados. Concomitantemente, o SUS deve atuar de forma intersetorial, pois a atenção integral pode envolver temas de segurança, justiça, trabalho, previdência social, educação, dentre outros. Tudo isso também exige a articulação entre setores governamentais e não-governamentais.
- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deve atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, respeitando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais. Adicionalmente, o atendimento à mulher, durante a prestação de serviço pelo SUS, deve ter uma dinâmica inclusiva e ser norteado pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação e sem imposição de valores e crenças pessoais.
- As práticas de saúde deverão seguir o princípio da humanização, melhorando o grau de informação das mulheres, ampliando a sua capacidade de fazer escolhas conscientes, usando tecnologias

apropriadas a cada caso e demonstrando interesse em diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento;

- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia. Ademais, a sociedade civil organizada deve ser estimulada e apoiada para fazer parte de cada um desses processos, em particular o movimento das mulheres (BRASIL, 2011a, p. 63 a 65).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher também possui quatorze objetivos específicos, que são:

1. Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST.
2. Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde. Esse objetivo inclui a assistência à infertilidade, a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva e o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais.
3. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes. Esse objetivo inclui a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes, capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal e melhoria da informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna.
4. Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
5. Promover, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/Aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina.
6. Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.
7. Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.
8. Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério.
9. Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade.

10. Promover a atenção à saúde da mulher negra. Esse objetivo inclui a melhoria dos registros e produção de dados sobre o tema, capacitação de profissionais de saúde, implantação do Programa de Anemia Falciforme e inclusão do recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher no âmbito do SUS.
11. Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade.
12. Promover a atenção à saúde da mulher indígena.
13. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população;
14. Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

Como pode se observar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, analisar o perfil epidemiológico das mulheres e fazer uma leitura de gênero sobre os dados, observando as causas e os fatores do adoecimento que ultrapassam a visão biologistica, foi um avanço no campo da saúde brasileira. Apesar disso, novamente, as principais propostas para a saúde da mulher concentraram-se na parte sexual e reprodutiva. “Esse enfoque é considerado um limitante em relação a outras temáticas que fazem parte do cotidiano das mulheres e que não são abordadas com a mesma ênfase” (SOUTO, 2008, p. 173 e 174).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde elaborou e publicou a 2ª reimpressão da PNAISM, mantendo as diretrizes, os objetivos gerais e os específicos. Contudo, mesmo publicado sete anos depois da versão de 2004, não existe nenhuma proposição de estudo acerca das principais causas de morte da mulher: as doenças cardiovasculares. Percebe-se, ainda, que alguns grupos da sociedade ainda não foram contemplados nas propostas de atenção à saúde, por exemplo, o das prostitutas. Adicionalmente, apesar da PNAISM ter avançado no campo da saúde ao abordar o aspecto geracional das mulheres, não existe uma perspectiva que leva em conta as principais causas de adoecimentos das mulheres idosas, tema que vai além da reposição hormonal, limitações da menopausa e do climatério. Essa é uma evidência da dificuldade que as instituições possuem em deixar a visão restrita da mulher reprodutiva no passado e passar a atendê-la em todas as suas especificidades. Isso posto, permanece o desafio de transformar as ações propostas na PNAISM em práticas de saúde comprometidas com o atendimento integral da mulher (SOUTO, 2008, p. 175 e 177).

Nesse sentido, sabendo da importância do PAISM e da PNAISM para as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e buscando compreender se as diretrizes e os objetivos específicos da PNAISM norteiam, de alguma forma, as ações contidas nas principais ferramentas de planejamento, orçamento e gestão utilizadas pelo atual governo de Minas Gerais, o próximo capítulo irá apresentar e contextualizar essas ferramentas.

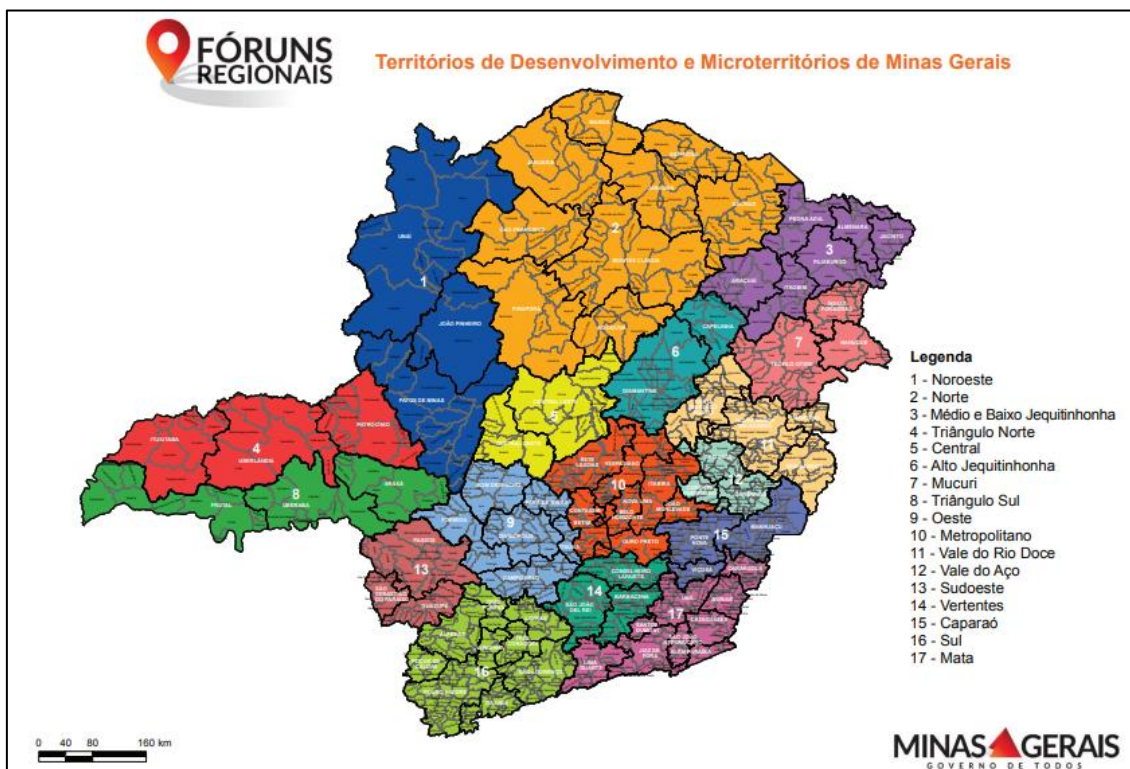
4. FERRAMENTAS DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO DO GOVERNO DE MINAS GERAIS UTILIZADAS ENTRE 2015 E 2017

Minas Gerais, a partir de 2015, foi governado pelo Partido dos Trabalhadores (PT) sob a gestão de Fernando Pimentel, cujo Programa de Governo tinha como um dos elementos de destaque a proposta de implementar uma “Gestão Descentralizada” e, assim, o mote “Ouvir para Governar” foi apresentado. Dessa forma, decidiu-se fortalecer as instâncias democráticas para formulação de políticas públicas através de fóruns, conferências e congressos. Como resultado, o estado passou por um importante processo de mudança institucional e estrutural durante o mandato do novo governador (PEREIRA, 2015, p. 62).

Em junho de 2015, utilizando como suporte as divisões territoriais de algumas secretarias de estado, como as divisões regionais utilizadas pela SES, Minas Gerais foi dividido em 17 Territórios de Desenvolvimento. Adicionalmente, foi estabelecido os Fóruns Regionais de Governo, cujos primeiro e segundo ciclos foram realizados em todos os Territórios entre junho e outubro de 2015. Ambas iniciativas, teoricamente, ajudariam os gestores públicos a aproveitar potencialidades locais e, paralelamente, reduzir as desigualdades socioeconômicas entre as regiões. Dessa forma, os recursos públicos seriam priorizados conforme o retrato identificado na sociedade mineira (PEREIRA, 2015, p. 62 e 65).

Como ilustrado na figura 1, os Territórios de Desenvolvimento de Minas Gerais são: Alto Jequitinhonha, Caparaó, Central, Oeste, Mata, Médio e Baixo Jequitinhonha, Metropolitano, Mucuri, Noroeste, Norte, Sudoeste, Sul, Triângulo Sul, Triângulo Norte, Vale do Aço, Vale do Rio Doce e Vertentes.

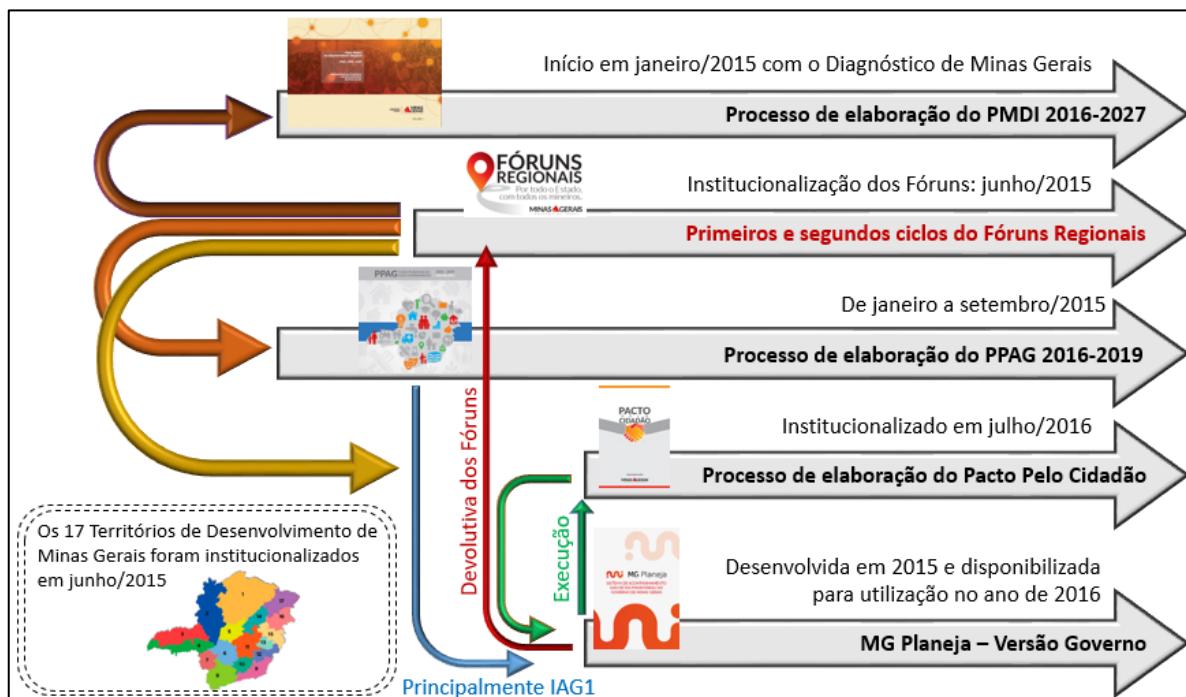
Figura 1 – Territórios de Desenvolvimento e Microterritórios de Minas Gerais



Fonte: MINAS GERAIS, 2016h

Na época, o governo também atuou de forma que o diagnóstico territorial levantado nos Fóruns Regionais influenciasse as ferramentas de planejamento e orçamento do estado (PEREIRA, 2015, p. 68). Nesse sentido, é possível perceber na figura 2 a coordenação de datas dos primeiros e segundos ciclos dos Fóruns Regionais com o processo de elaboração do PMDI e do PPAG. Nota-se que o Pacto pelo Cidadão e o MG Planeja também foram impactados pelo diagnóstico, só que de forma indireta. Destaca-se o papel fundamental do MG Planeja como retroalimentador do sistema com informações atualizadas e qualificadas.

Figura 2: Integração das ferramentas de planejamento e orçamento com as de gestão governamental no estado de Minas Gerais a partir do ano de 2015



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SEPLAG-MG

4.1. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI)

De acordo com o disposto no site da ALMG (MINAS GERAIS, 2016a), o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado para o período 2016-2027 está contido na Lei 21.967, de 12/01/2016 (MINAS GERAIS, 2016c), a partir do Projeto de Lei 3.039/15. O PMDI é o plano de desenvolvimento de Minas Gerais de longo prazo. Para garantir que os planos de curto e médio prazo estejam coordenados com o de longo prazo, ou seja, com o PMDI, a Constituição Estadual de 1989 determina uma total integração entre este e os instrumentos de planejamento e orçamento, como o PPAG, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Conseqüentemente, o PMDI se incorpora ao ciclo orçamentário, garantindo a interdependência e a compatibilidade desses instrumentos, com o objetivo de buscar a articulação das atividades de planejamento, orçamento e gestão da administração pública estadual.

Tendo como base no parágrafo 2º do artigo 231 da Constituição Estadual de Minas Gerais de 21/09/1989 (MINAS GERAIS, 1989), é possível perceber que a elaboração do PMDI não significa um mero cumprimento de um preceito legal, já que ele auxilia no cumprimento dos seguintes objetivos: desenvolvimento socioeconômico integrado do Estado,

racionalização e coordenação das ações do Governo, superação das desigualdades sociais e regionais do Estado, expansão do mercado de trabalho, dentre outras (MINAS GERAIS, 1989).

A Assembleia Legislativa de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2016a) também expõe que o PMDI para o período 2016 - 2027, em vigor, é estruturado em três volumes:

1. No primeiro volume são estabelecidas:
 - a. As bases de referência do Plano;
 - b. A situação em que se encontra o Estado de Minas Gerais;
 - c. A evolução recente do Estado nos campos das políticas industrial tecnológica e regional;
 - d. A nova estrutura proposta no PMDI, que organiza a estratégia de desenvolvimento do Estado em 5 eixos finalísticos e 1 eixo de suporte à administração pública (Figura 3):
 - i. Desenvolvimento Produtivo, Científico e Tecnológico (eixo finalístico);
 - ii. Infraestrutura e Logística (eixo finalístico);
 - iii. Saúde e Proteção Social (eixo finalístico);
 - iv. Segurança Pública (eixo finalístico);
 - v. Educação e Cultura (eixo finalístico);
 - vi. Governo (eixo de suporte à administração pública).
2. O segundo volume é constituído pelo diagnóstico dos setores de governo, evidenciando sua evolução e identificando os fatores críticos, as tendências e diretrizes de cada setor.
3. O terceiro volume apresenta os perfis dos dezessete territórios do Estado por eixo de desenvolvimento, bem como as demandas sociais priorizadas por participantes dos Fóruns Regionais de Governo.

Figura 3 – Eixos do PMDI para o período 2016 - 2027



Fonte: MINAS GERAIS, 2017a, p. 6

Esses cinco eixos finalísticos possuem, ainda, áreas afins a cada um deles. As combinações eixo mais área fim servem para direcionar as ações e projetos da administração pública com o objetivo de enfrentar as desigualdades regionais no estado (PEREIRA, 2015, p. 69).

O eixo Saúde e Proteção Social é composto por cinco áreas fins, cada uma com seu respectivo sistema operacional (MINAS GERAIS, 2016g):

1. Desenvolvimento e Integração do Norte e Nordeste de Minas Gerais - Sistema de Desenvolvimento e Integração do Norte e Nordeste de Minas Gerais;
2. Direitos Humanos e Cidadania Sem Discriminação e Sem Violência - Sistema de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania;
3. Assistência Social e Trabalho - Sistema de Desenvolvimento Social;
4. Saúde - Sistema de Saúde;
5. Esporte - Sistema de Esportes.

O PMDI 2016-2027 interpreta a área fim Saúde como resultado dos modos de organização social da produção, efeito da composição de vários fatores e, por isso, entende que o Estado tem a responsabilidade de assumir uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas executadas pelo governo. Além disso, essa área também deve

contribuir para que os cidadãos mineiros tenham condições de vida mais dignas e sejam capazes de exercer plenamente sua cidadania. Por isso o documento une Saúde e Proteção Social em um único eixo finalístico (MINAS GERAIS, 2017b, p. 24).

Além da introdução de eixos finalísticos e de suporte à administração pública, a reestruturação do PMDI é também marcada pelo seu caráter endógeno vivenciado ao longo do processo de discussão e formulação do documento, sob a coordenação da SEPLAG e da Fundação João Pinheiro (FJP), com envolvimento de todas as secretarias estaduais e seus órgãos associados; e pelo caráter participativo, por meio da interação direta com a população nos Fóruns Regionais de Governo realizados em cada um dos 17 Territórios de Desenvolvimento de Minas Gerais. Portanto, é possível perceber que essa nova matriz de gestão política e econômica estadual tem a intenção de valorizar as atividades de planejamento governamentais (MINAS GERAIS, 2017b, p. 7).

Os Fóruns Regionais foram realizados nos 17 Territórios de Desenvolvimento do Estado ao mesmo tempo em que o processo de elaboração do PMDI 2016-2027 e do PPAG 2016-2019 ocorriam, como pôde ser visto na figura 2. Portanto, o planejamento de longo e médio prazo foram subsidiados com o mesmo diagnóstico territorial, mas cada ferramenta abordou os problemas e potencialidades de Minas Gerais de formas distintas, já que o universo temporal é diferente entre as duas ferramentas de planejamento e orçamento governamental (MINAS GERAIS, 2017b, p. 8).

A seguir, será abordado qual a importância do PPAG para Minas Gerais e como ele foi influenciado pelo PMDI 2016-2027 e pelos Fóruns Regionais.

4.2 Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG)

De acordo com a ALMG, o Plano Plurianual do estado de Minas Gerais é nomeado como Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG). Esse instrumento faz parte do sistema de planejamento e orçamento público e nele são estabelecidos os programas e ações do governo. A vigência do PPAG inicia no segundo ano de mandato do governo e finda no primeiro ano de mandato do governo seguinte (MINAS GERAIS, [201-]a).

O PPAG é um plano governamental de médio prazo e sintetiza as diretrizes e metas propostas no PMDI. O plano estabelece objetivos e metas da administração pública para um intervalo de tempo de quatro anos. Nele há a previsão dos gastos com políticas públicas estaduais; as metas de investimentos por território de desenvolvimento de Minas Gerais e os programas de duração continuada (MINAS GERAIS, [201-]a).

Os programas do PPAG são as unidades básicas dessa ferramenta e, ao mesmo tempo, são elementos integradores do planejamento, do orçamento e da gestão governamental. Os programas fazem com que a população saiba como o estado irá agir para suprir suas carências sociais e econômicas (MINAS GERAIS, [201-]b). Os programas são compostos por diferentes ações, cada uma delas com sua respectiva finalidade, produto, meta física e meta financeira.

O PPAG 2016 - 2019 é composto pelos seguintes documentos listados abaixo e, com base neles, é possível perceber a integração e coordenação entre Fóruns Regionais, PMDI e PPAG (MINAS GERAIS, [201-]b):

1. PPAG 2016-2019 - Volume I - Programas por Território de Desenvolvimento
2. PPAG 2016-2019 - Volume II: Programas e Ações por Setor de Governo
3. PPAG 2016-2019 - Volume III: Programas e Ações por Eixos
4. PPAG 2016-2019 -Volume IV: Alterações Aprovadas pelo Poder Legislativo

As ações contidas do PPAG 2016 – 2019 possuem atributos qualitativos, como Título, Órgão Responsável pela Ação, Unidade Orçamentária Responsável pela Ação, Função, Subfunção, Identificador de Ação Governamental (IAG), dentre outros. O IAG especifica as Ações de Acompanhamento Intensivo e as Ações de Acompanhamento Geral.

Entende-se por Ações de Acompanhamento Intensivo aquelas que representam as ações estratégicas de cada Eixo e das quais se espera os maiores impactos da atuação do Estado. Tais ações irão compor a linha fundamental de atuação do governo e terão um acompanhamento diferenciado. Já as Ações de Acompanhamento Geral são aquelas que contemplam as prioridades setoriais, mas não estão diretamente vinculadas à linha fundamental de atuação de governo. Englobam também as ações com foco central na manutenção e melhoria da própria máquina pública (MINAS GERAIS, 2017d; p. 42).

A plataforma on-line MG Planeja tem diversas finalidades, sendo uma das principais permitir o acompanhamento mensal, pelo governo, das Ações de Acompanhamento Intensivo sinalizadas no PPAG 2016 – 2019¹. Vale dizer que algumas ações de Acompanhamento Geral também foram inseridas no MG Planeja, por exemplo, as que fazem parte do Pacto pelo Cidadão e dos Fóruns Regionais.

¹ Como a plataforma on-line MG Planeja foi desenvolvida em 2015 e disponibilizada para uso em 2016, ela não foi utilizada para acompanhar as ações estratégicas do PPAG 2012-2015, exercício 2015.

4.3 Fóruns Regionais

Os Fóruns Regionais são um espaço aberto pelo governo do estado de Minas Gerais para ouvir a população mineira a respeito das realidades e desafios vivenciados nos 17 Territórios de Desenvolvimento. Essa iniciativa tem o propósito de incluir as principais demandas levantadas pelos Fóruns nas ferramentas governamentais de planejamento e orçamento das políticas públicas, fazendo com que a participação popular se torne uma política de estado efetiva (MINAS GERAIS, [entre 2015 a 2018]b).

De acordo com os §§§ 1º, 2º e 3º do art. 1º do Decreto 46.774, de 09/06/2015 (MINAS GERAIS, 2015a), que institui os Fóruns Regionais de Governo e dá outras providências:

§ 1º Cada Fórum Regional de Governo escolherá seus representantes nos respectivos territórios de desenvolvimento, conforme Resolução Conjunta da Secretaria de Estado de Governo – SEGOV –, Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão – SEPLAG – e Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania – SEDPAC.

§ 2º Para efeitos deste Decreto entende-se por:

I - território de desenvolvimento: espaço de desenvolvimento econômico e social, formado por municípios, no interior das quais se organizam pessoas e grupos sociais, enraizados por suas identidades e culturas.

II - microterritório: a subdivisão dos territórios, em pequenos espaços geográficos, formado por municípios, no interior das quais se organizam pessoas e grupos sociais, enraizados por suas identidades e culturas.

§ 3º Os Fóruns Regionais de Governo terão caráter consultivo e propositivo (MINAS GERAIS, 2015a).

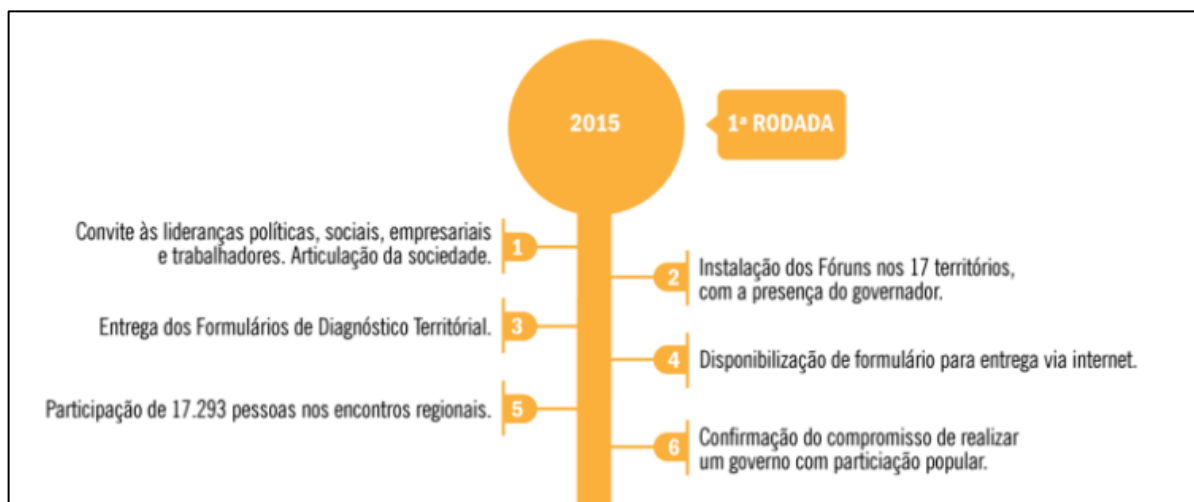
Além disso, o art. 4º do mesmo Decreto 46.774 de 09/06/2015 (MINAS GERAIS, 2015a) diz que compete aos Fóruns Regionais debater e apresentar propostas e prioridades territoriais ao Governo do Estado nas etapas do ciclo de planejamento e orçamento; utilizar metodologias de participação no processo de diagnóstico da realidade social; monitorar e avaliar as políticas e programas de desenvolvimento territorial e propor ações para o fortalecimento das ações do Estado nos municípios.

De acordo com Pereira (2015, p. 67), o governo de Minas Gerais entendeu que o momento de crise econômica e financeira pela qual o estado vivenciava em 2015 era oportuno para implementar os Fóruns Regionais, na medida que a população compreenderia que os recursos públicos são escassos e que a realidade demandava tomadas de decisões conjuntas (governo mais sociedade civil). Assim, seria priorizado aquilo que a população entendesse que era o mais importante.

Após a institucionalização dos Fóruns Regionais através do Decreto 46.774 de 09/06/2015 (MINAS GERAIS, 2015a), foi realizada a primeira etapa de implementação desta nova dinâmica governamental por meio de um evento formal aberto à população intitulada como “Instalação dos Fóruns”. Com base na observação direta realizada por Pereira (2015, p. 68 a 71), durante a primeira rodada do Fórum da Região Metropolitana de Belo Horizonte, que ocorreu no dia 03/09/2015, a Instalação dos Fóruns consistiu na apresentação dos objetivos e da metodologia dos Fóruns Regionais. Nessa primeira etapa, foi explicado o conceito de Território de Desenvolvimento e esclarecido o propósito e como seria a dinâmica da segunda rodada. Além disso, os presentes foram convidados a apresentar necessidades e problemas do seu respectivo Território através de Formulários de Diagnóstico Territorial, cujas divisões seguem a mesma estrutura do PMDI (Figura 4).

Conforme descreveu Pereira (2015, p. 68 a 71), os formulários preenchidos foram encaminhados para a SEPLAG por e-mail ou enviados diretamente pelo site dos Fóruns Regionais. De acordo com Andrade (2016, p.34), as demandas apresentadas na primeira fase foram intituladas de demandas gerais e a partir delas se deram as discussões de priorização da segunda rodada.

Figura 4: Primeira rodada dos Fóruns Regionais



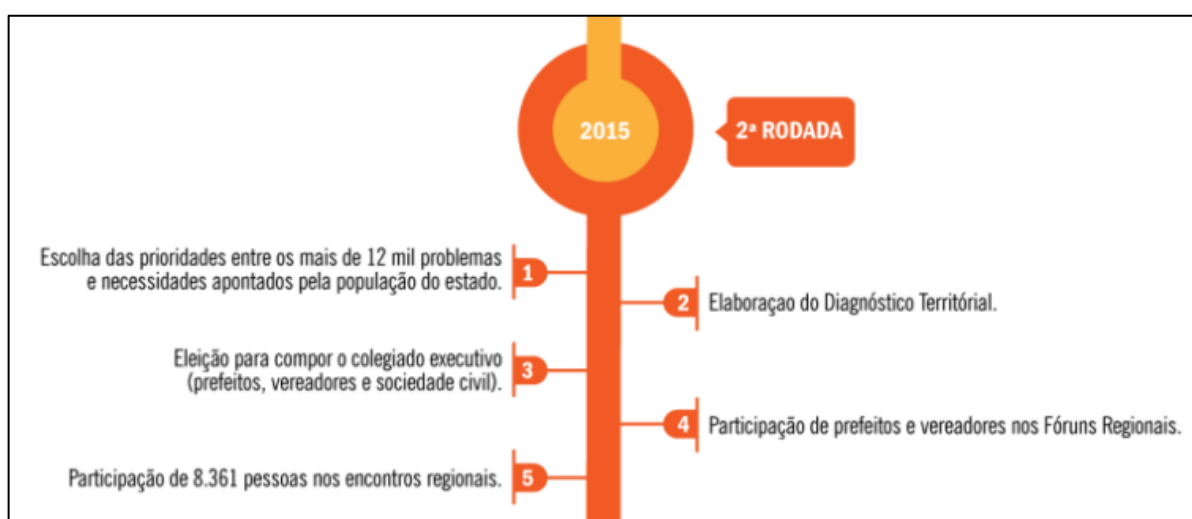
Fonte: MINAS GERAIS, [entre 2015 a 2018]a

A partir da observação direta realizada por Pereira (2015, p. 71 e 72) durante a segunda rodada do Fórum da Região Metropolitana de Belo Horizonte, que ocorreu no dia 26/09/2015, as pessoas presentes foram divididas entre grupos de trabalho temáticos (os temas tinham os mesmos nomes dos eixos do PMDI) conforme seu interesse. Assim, as demandas recebidas através dos Formulários de Diagnóstico Territorial após a Instalação dos Fóruns foram debatidas e priorizadas nessa segunda rodada (Figura 5). Seguindo uma

metodologia própria, as demandas prioritárias de cada Eixo foram vinculadas ao Território de Desenvolvimento correspondente.

A partir do Diagnóstico Territorial realizado nas duas primeiras etapas dos Fóruns, foram elaborados o PMDI e o PPAG, documentos que determinam quais ações e projetos o Governo pretende adotar para reduzir as desigualdades regionais e onde deverá investir seu orçamento nos próximos anos (MINAS GERAIS, [entre 2015 a 2018]b).

Figura 5: Segunda rodada dos Fóruns Regionais



Fonte: MINAS GERAIS, [entre 2015 a 2018]a

As primeiras e segundas rodadas dos Fóruns Regionais do governo de Minas Gerais envolveram o poder público estadual, federal e municipal; associação de municípios; partidos políticos; conselhos; entidade civil; entidade de classe; entidade religiosa; movimentos sociais; sociedade civil e o setor privado (PEREIRA, 2015, p. 80).

As demandas prioritárias identificadas na segunda rodada dos Fóruns, em 2015, foram inseridas na plataforma on-line MG Planeja no início de 2016 com o objetivo de serem acompanhadas mensalmente pelos gestores públicos, o que facilitou a obtenção de dados qualificados e atualizados tempestivamente para as devolutivas dos Fóruns Regionais que ocorreram nos anos seguintes (GOULART, 2016, p. 55).

4.4 Pacto pelo Cidadão

O Pacto pelo Cidadão é um instrumento de contratualização do Governo de Minas

Gerais (Figura 6). A finalidade principal dessa ferramenta é firmar e dar transparência aos compromissos do governo com a população mineira (MINAS GERAIS, [entre 2016 a 2018]c).

Figura 6: Pacto pelo Cidadão



Fonte: MINAS GERAIS, 2016f

O Pacto pelo Cidadão encontra-se amparado legalmente pelo art. 14, §§ 10 e 11, da Constituição do estado de Minas Gerais de 1989 (MINAS GERAIS, 1989), como pode ser visto abaixo:

Art. 14 – Administração pública direta é a que compete a órgão de qualquer dos Poderes do Estado.

§ 10 – A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e das entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante instrumento específico que tenha por objetivo a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade.

§ 11 – A lei disporá sobre a natureza jurídica do instrumento a que se refere o § 10 deste artigo e, entre outros requisitos, sobre: I – o seu prazo de duração; II – o controle e o critério de avaliação de desempenho; III – os direitos, as obrigações e as responsabilidades dos dirigentes; IV – a remuneração do pessoal; V – alteração do quantitativo e da distribuição dos cargos de provimento em comissão e das funções gratificadas, observados os valores de retribuição correspondentes e desde que não altere as unidades orgânicas estabelecidas em lei e não acarrete aumento de despesa (MINAS GERAIS, 1989).

O Pacto pelo Cidadão foi instituído pela Lei nº 22.257 de 27/07/2016 (artigos 79 a 100) (MINAS GERAIS, 2016d) e regulamentado pelo Decreto 47.070, de 26/10/2016 (MINAS

GERAIS, 2016b), a fim de promover a gestão por resultados na administração pública estadual. O art. 80 da dessa Lei esclarece que o Pacto pelo Cidadão é o instrumento específico que fixa as metas de desempenho pactuadas entre o Governador do estado e os dirigentes de órgãos e entidades do Poder Executivo comprometidos com o cumprimento das metas e responsáveis pela execução das ações e medidas necessárias para sua obtenção. Além disso, eles devem garantir a divulgação, interna e externa, de seu conteúdo, de seu acompanhamento e de suas avaliações, conforme determinado no art. 86 da Lei.

O art. 79 da Lei nº 22.257 de 27/07/2016 determina que o Pacto pelo Cidadão tem por finalidade contribuir para o alcance dos objetivos estratégicos do PMDI e das metas do PPAG. Contudo, vale esclarecer que ele não se restringe às metas inseridas no âmbito do PPAG, conforme disposto no art. 83 (MINAS GERAIS, 2016d).

O art. 91 da Lei nº 22.257 de 27/07/2016 estabelece que o Pacto tem vigência mínima de um ano e máxima de quatro anos, podendo ser renovado por acordo entre as partes (MINAS GERAIS, 2016d).

De acordo com o art. 17 do Decreto estadual 47.070, de 26/10/2016 (MINAS GERAIS, 2016b), a publicação do Pacto deve ser feita da seguinte maneira:

Art. 17 – O extrato do Pacto pelo Cidadão, seus aditamentos e as fases de acompanhamento e avaliação serão publicados pela SEPLAG no Diário Oficial do Estado e a íntegra deste instrumento será divulgado em página oficial do governo na internet, sem prejuízo de sua divulgação pelo pactuante e pelo pactuado (MINAS GERAIS, 2016b).

A SEPLAG publicou em seu site dois documentos: Pacto pelo Cidadão - 2016/2018 e Pacto pelo Cidadão - 2016/2018 - exercício 2017 (MINAS GERAIS, [entre 2015 a 2018]c). Os documentos são estruturados em quatro subseções, as duas primeiras possuem metas territoriais e as outras possuem metas setoriais:

1. Plano de Ação dos Fóruns Regionais (metas territoriais);
2. Plano de Obras nos Territórios de Desenvolvimento (metas territoriais);
3. Ações Prioritárias dos Comitês Temáticos (metas setoriais);
4. Demais ações prioritárias dos órgãos e entidades da administração pública (metas setoriais).

De acordo com o disposto no site da SEPLAG, o Plano de Ação dos Fóruns Regionais possui ações que respondem explicitamente a algumas das demandas prioritárias para os 17 Territórios de Desenvolvimento de Minas Gerais, identificadas durante a segunda etapa dos Fóruns Regionais de Governo (MINAS GERAIS, [entre 2015 a 2018]c).

Entendendo a importância das ações inseridas no Pacto pelo Cidadão para o estado de Minas Gerais, elas foram inseridas na plataforma on-line MG Planeja de forma que sua execução fosse acompanhada mensalmente pelas Assessorias de Planejamento (ASPLANs) dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, pela Superintendência Central de Informação e Apoio às Políticas Estratégicas (SCIAPE), que faz parte do organograma da SEPLAG, e pelo governador. Dessa forma, existiu um alinhamento de informações entre os diversos níveis administrativos do governo, o que facilitou o acompanhamento e a avaliação anual desta ferramenta de contratualização.

A seguir, será apresentado o MG Planeja, sua importância e centralidade no governo de Minas Gerais a partir de 2016.

4.5 MG Planeja

O MG Planeja surgiu no ano de 2015 como o novo sistema de gestão de informações estratégicas do governo do estado de Minas Gerais (Figura 7). Ele substituiu o Sistema de Monitoramento e Gestão da Estratégia Governamental (conhecido como “Estratégia”), ferramenta desenvolvida e implantada entre os anos de 2011 e 2012 para planejamento, execução, monitoramento, avaliação e revisão das ações estratégicas do governo. O MG Planeja foi inspirado na experiência do município de São Paulo/SP, na qual a prefeitura criou e implementou uma plataforma *on-line* chamada Planeja Sampa com o objetivo de permitir o acompanhamento, por parte da população paulistana, dos indicadores relacionados às metas, aos projetos e às ações executadas pela prefeitura, tornando o estado mais transparente (MELO FILHO, 2016, p 42 e 52).

Figura 7 – MG Planeja



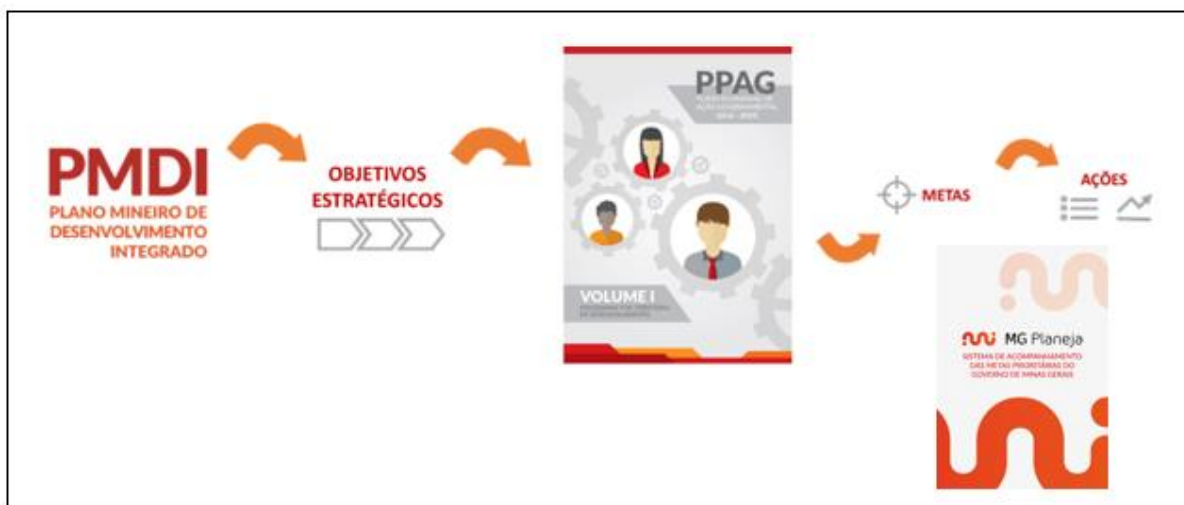
Fonte: MINAS GERAIS, 2017a

De acordo com o manual do MG Planeja, disponibilizado pela SEPLAG para os usuários do sistema, essa é uma ferramenta de gestão e de comunicação das ações prioritárias do governo de Minas Gerais, ou seja, das principais entregas e resultados do governo. Dessa forma, essas ações demandam acompanhamento intensivo pelas Assessorias de Planejamento (ASPLANs) de cada órgão, ou responsável técnico das entidades competentes, e pelas equipes de acompanhamento e apoio às políticas estratégicas que, na Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, tratam-se das Coordenações Centrais da Superintendência Central de Informação e Apoio às Políticas Estratégicas (SCIAPE) (MINAS GERAIS, 2017a, p. 3).

As principais entregas dos programas e ações de governo traduzidas no PMDI e no PPAG foram inseridas no MG Planeja como metas, e essas metas foram desdobradas em ações (Figura 8) pois, por serem as entregas prioritárias do governo, requerem uma metodologia de monitoramento específica. As metas e ações inseridas no MG Planeja são sempre vinculadas a um ou mais eixos finalísticos e áreas fins de governo definidos pelo PMDI, e também são vinculados aos 17 Territórios de Desenvolvimento (MINAS GERAIS, 2017a, p. 6).

As ações refletem as diversas entregas parciais, que podem se tratar de produtos ou etapas, necessárias para o alcance pleno da meta que foi estipulada. Enquanto uma meta pode agregar a construção de vários hospitais, por exemplo, uma ação deve tratar cada hospital individualmente. As ações podem representar a construção de um equipamento público, a prestação de serviços de uma mesma natureza ou, de forma mais geral, qualquer ato administrativo que, por si só, gere retornos à população (MINAS GERAIS, 2017a, p. 6).

Figura 8 – PMDI, PPAG e MG Planeja

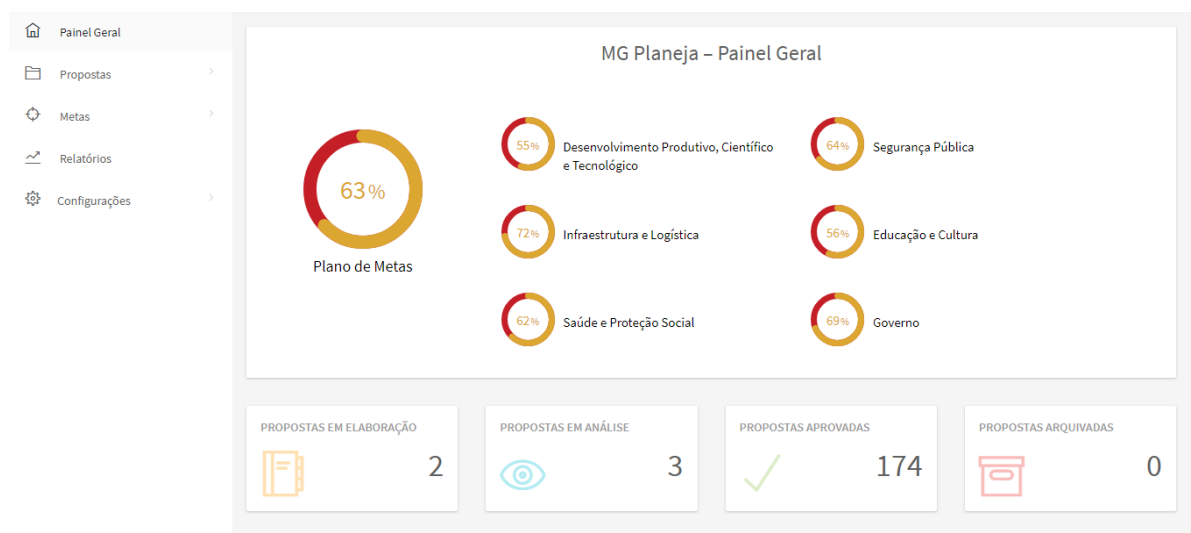


Fonte: Elaboração própria a partir de imagens do Manual do MG Planeja (MINAS GERAIS, 2017a, p. 6)

Cada ação é acompanhada pelo peso que representa na sua respectiva meta e pelo seu percentual de desempenho. Além disso, outras informações básicas são disponibilizadas: a descrição da ação, o órgão responsável pela sua execução, os órgãos envolvidos, os territórios e municípios atendidos e o andamento qualitativo da ação. Neste último item, os gestores escrevem a situação da ação de forma mais detalhada, principalmente aquilo que não é possível identificar apenas analisando-se os números, como por exemplo, as dificuldades enfrentadas durante a execução, motivos de atraso ou paralisação (MINAS GERAIS, 2017a, p. 6 e 7).

O MG Planeja foi disponibilizado para utilização pelos funcionários do estado em março de 2016 através da Visão Governo (MINAS GERAIS, 2017a, p. 3). A Visão Governo (Figura 9) é o módulo interno da plataforma e os usuários são governador, secretários, gerentes de projetos, técnicos, gestores das áreas fins, ASPLANS, dentre outros. É preciso ter autorização para acessar esse módulo, para isso é necessário *login* e senha individual, uma vez que nele é possível consultar e editar informações detalhadas das metas e ações prioritárias, como cumprimento de prazos, responsáveis pelas ações, dentre outras coisas (MINAS GERAIS, 2017a, p. 3).

Figura 9 – Tela inicial do MG Planeja – Visão Governo



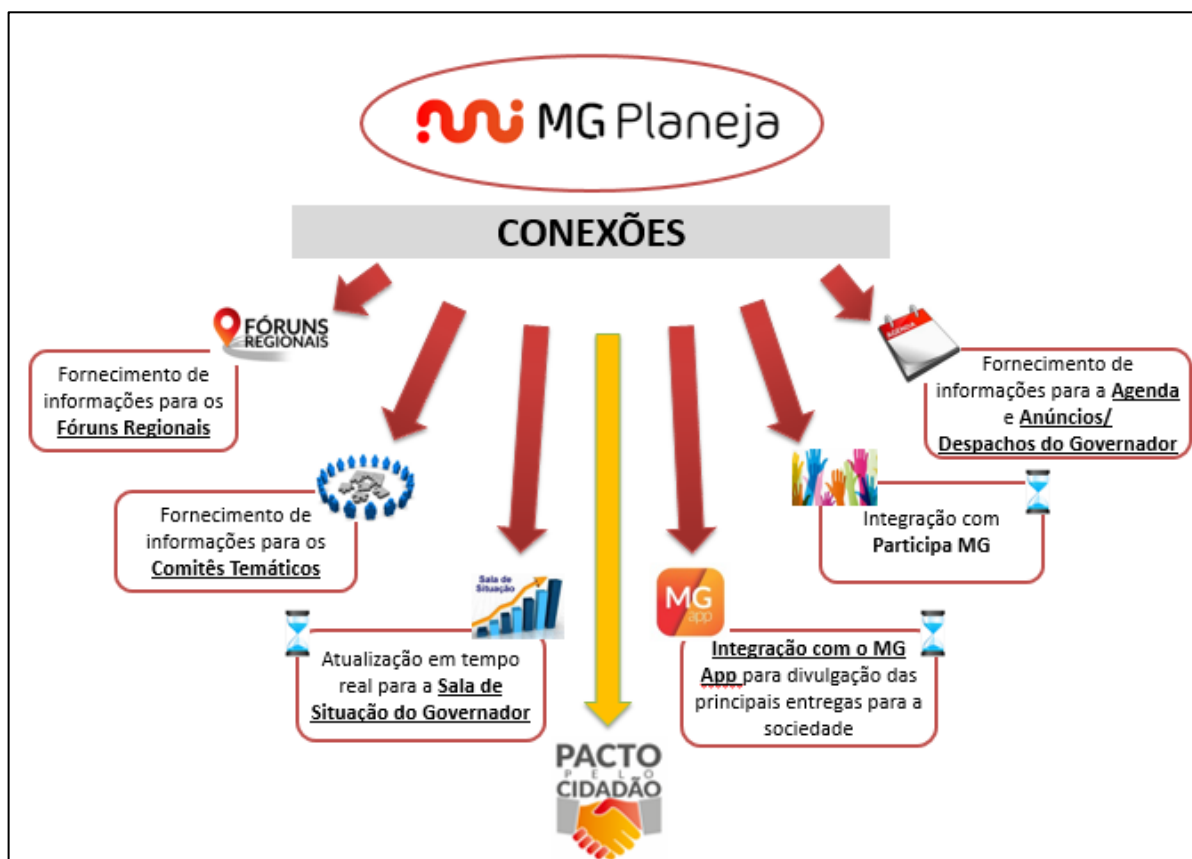
Fonte: MINAS GERAIS, 2016e

Os conteúdos gerados pelo MG Planeja são declaratórias (não passam por auditoria externa), mas, mesmo assim, são relevantes, pois auxiliam na tomada de decisão dos agentes públicos, facilitam o alinhamento de informações entre as secretarias de estado

e são a base de dados das devolutivas dos Fóruns Regionais e do Pacto pelo Cidadão, o que fortalece a transparência e o controle social (GOULART, 2016, p. 55).

A centralização das informações referentes às ações prioritárias em uma mesma base de dados permite a conexão do MG Planeja com diversos braços do estado. Portando, muitas vezes o conteúdo disposto no MG Planeja alimenta o MG App, a Sala de Situação do Governador, os Fóruns Regionais, os Comitês Temáticos, o Pacto pelo Cidadão, os Anúncios do Governador, dentro outros, como pode ser visto na figura 10. Dessa forma, essas inovações trazidas pelo MG Planeja requerem maior comprometimento das equipes de monitoramento e dos demais gestores, pois as informações dispostas ali precisam estar sempre atualizadas e com conteúdo de qualidade (MINAS GERAIS, 2017e).

Figura 10 – As conexões do MG Planeja dentro do governo de Minas Gerais



Fonte: MINAS GERAIS, 2017e

Dentro do MG Planeja, os órgãos e entidades estaduais pertencentes ao eixo Saúde e Proteção Social são divididos da seguinte maneira entre as áreas fins e os sistemas operacionais definidos no PMDI (esquema ilustrado na figura 11):

1. Órgãos e entidades que compõem a área fim *Saúde* e sistema operacional *Sistema de Saúde*:
 - a) Secretaria de Estado de Saúde (SES)
 - b) Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG)
 - c) Fundação Ezequiel Dias (FUNED)
 - d) Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)
 - e) Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (HEMOMINAS)
2. Órgão que compõe a área fim *Direitos Humanos e Cidadania sem Discriminação e sem Violência* e o sistema operacional *Sistema de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania*:
 - f) Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania (SEDPAC)
3. Órgão e entidade que compõem a área fim *Desenvolvimento e Integração do Norte e Nordeste de Minas Gerais* e o sistema operacional *Sistema de Desenvolvimento e Integração do Norte e Nordeste de Minas Gerais*:
 - g) Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Integração do Norte e Nordeste de Minas Gerais (SEDINOR)
 - h) Instituto de Desenvolvimento do Norte e Nordeste de Minas Gerais (IDENE)
4. Órgão e entidades que compõem a área fim *Assistência Social e Trabalho* e o sistema operacional *Sistema de Desenvolvimento Social*:
 - i) Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social (SEDESE)
 - j) Fundação Educacional Caio Martins (FUCAM)
 - k) Fundação de Educação para o Trabalho de Minas Gerais (UTRAMIG)
 - l) Serviço Social Autônomo (SERVAS)
5. Órgão que compõe a área fim *Esporte* e o sistema operacional *Sistema de Esportes*:
 - m) Secretaria de Estado de Esportes (SEESP)

Figura 11 - Eixo Saúde e Proteção Social e suas respectivas áreas fins, sistemas operacionais, órgãos e entidades



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da SEPLAG-MG

Os resultados do trabalho serão apresentados na seção seguinte visando identificar as ações de saúde voltadas exclusivamente para as mulheres, em consonância com a PNAISM, a partir das diferentes ferramentas de gestão e planejamento governamental na esfera estadual dispostos neste capítulo.

5. RESULTADOS

A partir da análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e das principais ferramentas de orçamento, planejamento e gestão do governo de Minas Gerais, buscou-se identificar se as diretrizes e os objetivos específicos da PNAISM são norteadores das ações de saúde exclusivas para mulher contempladas nessas ferramentas. O primeiro instrumento analisado foi o Pacto pelo Cidadão, o segundo foi o MG Planeja, seguido pelo Plano Plurianual de Ação Governamental.

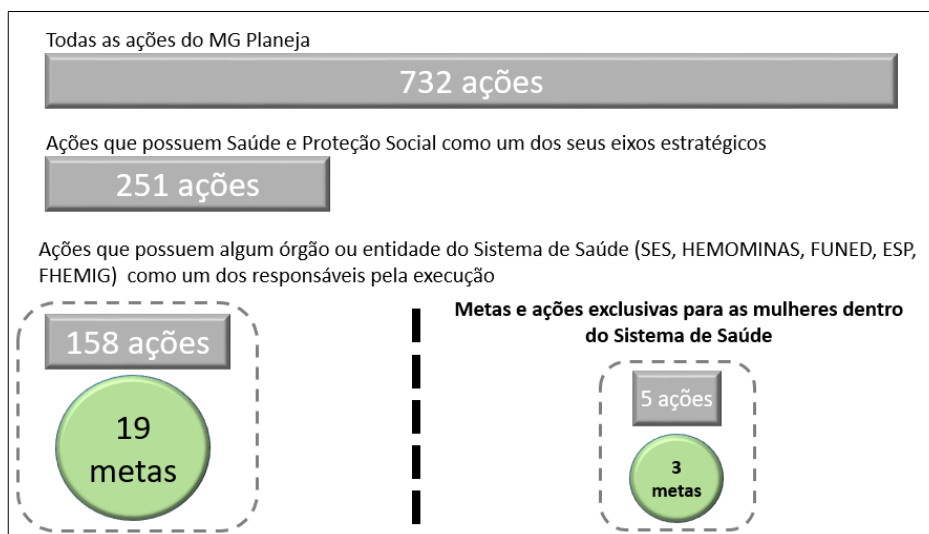
O instrumento de contratualização do Governo de Minas Gerais, o Pacto pelo Cidadão, cuja finalidade é firmar e dar transparência aos compromissos do governo com a população mineira, e cuja vigência mínima é de um ano e máxima de quatro anos, não apresentou nenhuma ação exclusiva para a mulher no ano de lançamento, 2016 (Pacto pelo Cidadão - 2016/2018) (MINAS GERAIS, 2016f), e nem na revisão de 2017 (Pacto pelo Cidadão - 2016/2018 - exercício 2017) (MINAS GERAIS, 2017c). Dessa forma, nenhum objetivo específico da PNAISM foi atendido por essa ferramenta de gestão governamental.

Isso posto, serão apresentados os resultados encontrados no MG Planeja e no PPAG 2012 - 2015, exercício 2015, e no PPAG 2016 - 2019, exercícios de 2016 e 2017.

5.1 Resultados do MG Planeja

Um Relatório Global foi extraído do MG Planeja no dia 23/04/2018 e, assim, foi realizada uma busca das metas e ações do Sistema de Saúde que contemplassem exclusivamente as mulheres. Nessa data, o MG Planeja possuía um total de 732 ações distribuídas entre os diversos eixos estratégicos definidos pelo PMDI. Sabendo que uma ação poderia ter mais de um eixo, o primeiro filtro foi realizado na categoria Eixo Estratégico e todas as ações que possuíam vínculo com Saúde e Proteção Social foram selecionadas, o que resultou em 251 ações. Em seguida, outro filtro foi realizado em Órgãos Responsáveis e nele foi selecionado apenas os órgãos e entidades que compõem o Sistema de Saúde: ESP-MG, FUNED, FHEMIG, HEMOMINAS e SES. Dessa forma, a base de dados foi reduzida para 158 ações, que estavam distribuídas entre 19 metas no MG Planeja. Ao examinar cada uma delas, foi possível concluir que três metas eram voltadas exclusivamente para as mulheres, as quais contemplavam 5 ações, como pode ser visto na figura 12 abaixo.

Figura 12: Metas e ações exclusivas para as mulheres inseridas no MG Planeja cujo órgão responsável pela execução faz parte do Sistema de Saúde de Minas Gerais



Fonte: Elaboração própria a partir do Relatório Global extraído do MG Planeja no dia 23/04/2018

As três metas e as cinco ações que foram encontradas são:

- Meta 97: Realizar 297 mil mamografias através do Programa Estadual de Prevenção e Controle do Câncer de Útero e Mama².
 - Ação 280: realização de 297.920 mamografias itinerantes em unidades móveis de saúde da mulher, em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos
- Meta 107: Contemplar 46 instituições com incentivo financeiro complementar para custeio de leitos da Rede Cegonha³.
 - Ação 276: 46 instituições contempladas com incentivo financeiro complementar para custeio de leitos do componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha
- Meta 105: Implantar 10 pontos de atenção da Rede Cegonha⁴.
 - Ação 269: repasse de recursos para implantação de 7 Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH)
 - Ação 271: repasse de recursos para implantação de 2 Bancos de Leite Humano (BLH)

² O prazo de cumprimento da meta 97 é dezembro de 2018.

³ O prazo de cumprimento da meta 107 é dezembro de 2018.

⁴ O prazo de cumprimento da meta 105 é dezembro de 2018.

- Ação 300: implantação de uma Casa de Apoio à Gestante e Puérpera (CAGEP)

A meta 97 é executada através da ação 280, cujo escopo é a realização de mamografias itinerantes por meio de Unidades Móveis de Mamografia (UMM). As Unidades são caminhões adaptados que contêm equipamentos de diagnóstico por figura e prestam serviço de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, com dia e horário agendado. Os veículos circulam por todos os dezessete Territórios de Desenvolvimento de Minas Gerais conforme cronograma previamente definido pela SES, com base em critérios técnicos. Assim, a ação atende à demanda reprimida existente nos vazios assistenciais, reduzindo a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde. O público-alvo são mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.

Contudo, de acordo com a SES, aquelas mulheres cuja idade pertence ao intervalo entre 35 a 49 anos podem procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e marcar uma consulta médica para avaliação da necessidade de realizar o exame de mamografia. Caso elas obtenham o pedido médico do exame, a UMM pode realizá-lo. Já as mulheres entre 50 e 69 anos não precisam do pedido médico, basta solicitar a requisição de mamografia e agendar o exame. Sobre o resultado da mamografia, ele pode ser retirado na UBS durante a consulta médica.

De acordo com os dados apresentados da tabela 1, em 2015 foram planejados aproximadamente 100 mil exames de mamografia e esse valor foi reduzido para 63 mil em 2016 e 68 mil em 2017. A execução física em 2015 seguiu o planejamento e as execuções físicas de 2016 e 2017 foram de 94% e 84% do planejado, respectivamente. Vale esclarecer que a execução física nestes últimos dois anos foi menor do que o planejado porque, de acordo com a SES, em 2015 havia 12 UMM rodando pelos municípios de Minas Gerais e em abril de 2016, o número de UMM executando as mamografias foi reduzido para 7 caminhões⁵. Isso também explica o porquê a execução orçamentária passou de 20 milhões em 2015 para 8 e 15 milhões de reais em 2016 e 2017. Essa queda indica uma possível redução da capacidade de o governo atuar na identificação do câncer de mama em estágios iniciais, principalmente nos municípios e regiões mineiras em que a população tem dificuldade de acesso a esse tipo de serviço.

⁵ De acordo com dados internos da SES, no ano de 2015, as UMM foram em 287 municípios mineiros; em 2016 as Unidades foram em 191 municípios e no ano de 2017 elas foram em 154 municípios.

Tabela 1: Resultados das metas físicas e orçamentárias da Ação 280 do MG Planeja nos anos 2015, 2016 e 2017

| Ação 280 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Meta física planejada* | 98.662 | 63.240 | 68.009 |
| Meta física executada | 98.662 | 59.653 | 57.293 |
| Percentual de execução da meta física planejada | 100% | 94% | 84% |
| Planejamento orçamentário | R\$ 20.154.927,83 | R\$ 18.487.066,86 | R\$ 17.000.000,00 |
| Execução orçamentária** | R\$ 20.154.927,83 | R\$ 8.512.468,16 | R\$ 15.541.513,47 |
| Percentual de execução do planejamento orçamentário | 100% | 46% | 91% |

*Meta física: mamografias realizadas

**Despesa liquidada

Fonte: Relatório Global MG Planeja emitido no dia 23/04/2018

Fonte: Elaboração própria

As metas 107 e 105 do MG Planeja têm uma peculiaridade: apesar de ambas possuírem no nome “Rede Cegonha”, o significado desse termo é particular para cada caso. A meta 107 diz respeito ao programa do Governo Federal intitulado Rede Cegonha, uma rede temática que foi instituída em 24 de junho de 2011, pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 1.459 (BRASIL, 2011b). De acordo com o art. 1º desta Portaria, a Rede Cegonha visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento saudável. Portanto, são prioridades do programa: o pré-natal de qualidade, a avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade da gestante e do seu bebê, a vinculação da gestante à uma UBS de referência, a oferta de um transporte seguro, a atenção ao parto e nascimento, a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo. Segundo o art. 8º da Portaria, a operacionalização da Rede se dá pela execução de cinco fases: I) adesão ao diagnóstico; II) desenho regional da Rede Cegonha; III) contratualização dos Pontos de Atenção; IV) qualificação dos componentes e V) Certificação. Para que essas fases sejam executadas, cabe à União, por intermédio do Ministério da Saúde apoiar à implementação; financiar, monitorar e avaliar a Rede Cegonha em todo território nacional. Ao Estado, cabe, por meio da SES, apoiar à implementação; coordenar o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha; financiar; contratualizar com os Pontos de Atenção à Saúde sob sua gestão; monitorar e avaliar a Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada. Por fim, compete ao município, por meio da SMS, implementar; coordenar o Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha; financiar; contratualizar com os Pontos de Atenção à Saúde sob sua gestão;

monitorar e avaliar a Rede Cegonha no território municipal. Então, a Rede Cegonha do Governo Federal é financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Por outro lado, os repasses financeiros registrados na meta 105 não são de contrapartida e seu escopo nada tem a ver com o programa do governo federal Rede Cegonha. Após esse esclarecimento, as metas 107 e 105 serão apresentadas, juntamente com suas respectivas ações.

A meta 107 do MG Planeja, juntamente com a ação 276, consiste na contrapartida financeira estadual para o custeio de 46 instituições localizadas em Minas Gerais que fazem parte do programa do governo federal Rede Cegonha. Mais especificamente, o grupo-alvo da meta 107 são os leitos do componente Parto e Nascimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e Criança: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) convencional e leitos para Gestantes de Alto Risco (GAR). Como pode ser visto na tabela 2, o planejamento da meta física entre 2015 e 2017 consistia em 19 instituições custeadas por ano. A execução física em 2015 seguiu o planejamento e as execuções físicas de 2016 e 2017 chegaram a abranger 46 instituições. Vale esclarecer que a execução física nestes dois anos foi maior do que o planejado porque, com o passar dos anos, novas instituições localizadas em Minas Gerais passaram a fazer parte do programa do governo federal Rede Cegonha, mas o planejamento da meta permaneceu fixo no MG Planeja. Também é por isso que a execução orçamentária passou de 24 milhões de reais em 2015 para 30 milhões em 2017⁶.

⁶ De acordo com a SES, as seguintes instituições receberam a contrapartida financeira estadual entre 2015 e 2017: Hospital Universitário Alzira Velano (Alfenas), Hospital São Vicente de Paula (Araçuaí), Santa Casa de Misericórdia de Araguari (Araguari), Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (Barbacena), Maternidade Odete Valadares (Belo Horizonte), Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (Belo Horizonte), Hospital Julia Kubistchek (Belo Horizonte), Hospital Odilon Behrens (Belo Horizonte), Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte), Hospital Professor Osvaldo Franco (Betim), Maternidade Municipal Hayde Espejo Conroy (Betim), Casa de Caridade de Carangola (Carangola), Centro Materno Infantil Juventina Paula de Jesus (Contagem), Hospital Nossa Senhora da Saúde (Diamantina), Hospital São João de Deus - Fundação Geraldo Correa (Divinópolis), Hospital São Luiz de Formiga (Formiga), Hospital Municipal (Governador Valadares), Hospital Municipal de Ibirité (Ibirité), Hospital Márcio Cunha (Ipatinga), AISI Hospital Escola de Itajubá (Itajubá), Fundação de Assistência Social de Janaúba (Janaúba), Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (Juiz de Fora), Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (Juiz de Fora), Hospital Regional João Penido (Juiz de Fora), Santa Casa de Misericórdia de Lavras (Lavras), Santa Casa de Montes Claros (Montes Claros), HU Clemente de Faria (Montes Claros), Casa de Caridade de Muriaé - Hospital São Paulo (Muriaé), Santa Casa de Misericórdia de Passos (Passos), Hospital Regional Antônio Dias (Patos de Minas), Hospital São Lucas (Patos de Minas), Irmandade Nossa Senhora do Patrocínio (Patrocínio), Fundação Hospitalar Dr. Moisés M. Freire (Pirapora), Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas (Poços de Caldas), Hospital das Clínicas Samuel Libânio (Pouso Alegre), Santa Casa de Misericórdia de São João del Rei (São João del Rei), Hospital da Fundação Casa de Caridade de São Lourenço (São Lourenço), Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso (São Sebastião do Paraíso), Hospital Nossa Senhora das Graças (Sete Lagoas), Hospital Santa Rosália (Teófilo Otoni), Hospital Santa Isabel (Ubá), Hospital Universitário Mário Palmerio (Uberaba), Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odélmo Leão

Tabela 2: Resultados das metas físicas e orçamentárias da Ação 276 do MG Planeja nos anos 2015, 2016 e 2017

| Ação 276 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Meta física planejada* | 19 | 19 | 19 |
| Meta física executada | 19 | 19*** | 46 |
| Planejamento orçamentário | R\$ 24.350.849,41 | R\$ 23.593.965,00 | R\$ 23.593.965,00 |
| Execução orçamentária** | R\$ 24.350.849,41 | R\$ 18.741.836,49 | R\$ 30.588.373,54 |
| Percentual de execução do planejamento orçamentário | 100% | 79% | 130% |

*Meta física: instituições contempladas com custeio de leitos da Rede Cegonha em funcionamento

**Despesa liquidada

***Nos meses de outubro e novembro o valor executado foi 25, no mês de dezembro foi 46.

Fonte: Relatório Global MG Planeja emitido no dia 23/04/2018

Fonte: Elaboração própria

A meta 105, composta pelas ações 269, 271 e 300, consiste no repasse de recursos financeiros estaduais às instituições, direta ou indiretamente⁷, para que elas procedam com a implantação ou expansão dos seguintes pontos de atenção: PCLH, BLH e CAGEP. O objetivo da meta 105 é qualificar as maternidades para atendimento à gestante de alto risco. O PCLH é uma unidade fixa ou móvel, intra ou extra-hospitalar, vinculada tecnicamente a um BLH e é responsável por coletar e estocar a produção láctea da nutriz. O BLH, complementarmente, é responsável por coletar, selecionar, classificar, processar e distribuir a produção láctea da nutriz, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos. Os serviços prestados pelo BLH são especializados e vinculados a um hospital de atenção materna e/ou infantil. Já a CAGEP é uma instalação de baixa complexidade onde as gestantes de alto-risco se hospedam a fim de ter o apoio necessário e o acesso oportuno no momento do parto. O público-alvo da CAGEP são gestantes de alto-risco residentes em áreas de difícil acesso à atenção obstétrica adequada, puérperas e mães de neonatos que estejam internados na UTI neonatal. A ação 269 limita-se a repassar recursos financeiros estaduais a sete instituições para que seus respectivos PCLH sejam implantados. Com base

Carneiro (Uberlândia), Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (Uberlândia), Hospital Regional do Sul de Minas (Varginha) e Hospital São Sebastião (Viçosa).

⁷ A verba pode ser repassada para o município via prefeitura, o que o faz ser classificado como *município pleno*, ou diretamente para a instituição. Neste caso, o município é classificado como *não pleno*.

nos dados disponibilizados no MG Planeja, conforme pode ser visto na tabela 3, a SES realizou apenas 3 repasses financeiros entre 2015 e 2017 e, por isso, a execução orçamentária foi menos de 50% do valor planejado⁸.

Tabela 3: Resultados das metas físicas e orçamentárias da Ação 269 do MG Planeja nos anos 2015, 2016 e 2017

| Ação 269 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------------------|------|----------------|----------------|
| Meta física planejada* | - | 7 | - |
| Meta física executada | - | - | 3 |
| Planejamento orçamentário | - | R\$ 350.000,00 | - |
| Execução orçamentária** | - | - | R\$ 149.613,68 |

*Meta física: repasses realizados para implantação de Postos de Coleta de Leite Humano

**Despesa liquidada

Fonte: Relatório Global MG Planeja emitido no dia 23/04/2018

Fonte: Elaboração própria

A ação 271 restringe-se a repassar recursos financeiros estaduais a duas instituições para que seus respectivos BLH sejam implantados. Com base nos dados disponibilizados no MG Planeja, expostos na tabela 4, os dois repasses foram realizados em 2016, mas somente 40% do valor orçamentário planejado foi executado⁹.

⁸ As instituições que receberam os recursos foram: Irmandade Nossa Senhora do Patrocínio (Patrocínio), Fundação Hospitalar São Sebastião (Três Corações) e Fundação de Assistência Social de Janaúba (Janaúba). As instituições que deixaram de receber o recurso foram: Santa Casa de Misericórdia de Araguari (Araguari), Hospital Santa Rosália (Teófilo Otoni), Hospital e Maternidade Vital Brasil (Timóteo) e Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro (Uberlândia).

⁹ As instituições beneficiadas foram: Hospital Sofia Feldman e Hospital das Clínicas, ambas localizados em Belo Horizonte.

Tabela 4: Resultados das metas físicas e orçamentárias da Ação 271 do MG Planeja nos anos 2015, 2016 e 2017

| Ação 271 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|------|----------------|------|
| Meta física planejada* | - | 2 | - |
| Meta física executada | - | 2 | - |
| Planejamento orçamentário | - | R\$ 500.000,00 | - |
| Execução orçamentária** | - | R\$ 199.940,18 | - |
| Percentual de execução do planejamento orçamentário | - | 40% | - |

*Meta física: repasses realizados para implantação de Bancos de Leite Humano

**Despesa liquidada

Fonte: Relatório Global MG Planeja emitido no dia 23/04/2018

Fonte: Elaboração própria

Por último, a ação 300 limita-se a repassar recursos financeiros estaduais para uma instituição para que ela implemente a CAGEP. Com base nos dados disponibilizados no MG Planeja, em 2014 foi realizada a execução orçamentária no valor de R\$ 40.000,00 e a instituição beneficiada foi a CAGEP do Hospital da Nossa Senhora da Saúde, localizada em Diamantina, na qual entrou em funcionamento em 2015¹⁰.

Como pode ser visto, as cinco ações do Sistema de Saúde exclusivas para mulheres inseridas no MG Planeja, ferramenta para acompanhamento das ações estratégicas do governo, abrangem a detecção precoce do câncer de mama e temas relacionados à gravidez: cuidados com a gestante, com a puérpera e com mães de neonatos; parto, nascimento e aleitamento materno. Ou seja, o MG Planeja não foi utilizado para acompanhamento de ações que saem do eixo reprodutivo e sexual da mulher. No entanto, essas ações atuam no sentido de ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica para as mulheres mineiras, de promover a atenção obstétrica e neonatal humanizada e qualificada e de reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina, o que corrobora com três dos quatorze objetivos específicos da PNAISM.

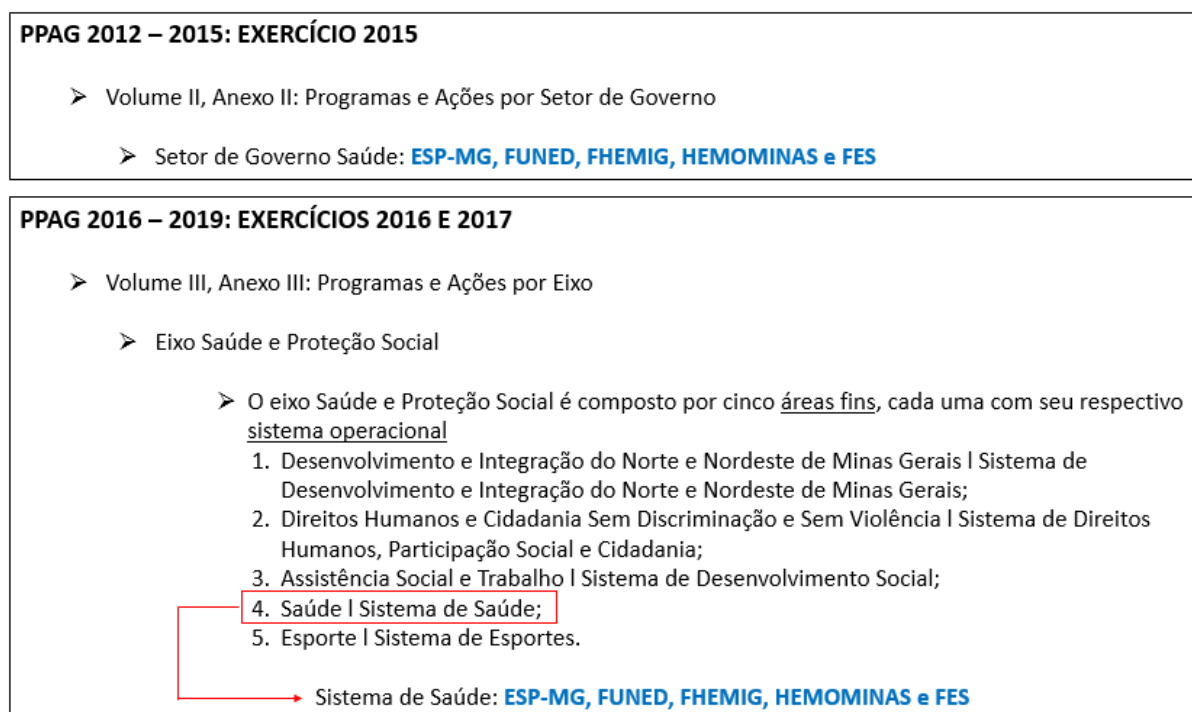
No próximo item, os resultados encontrados no PPAG 2012 – 2015, exercício 2015, e no PPAG 2016 – 2019, exercícios 2016 e 2017, serão apresentados.

¹⁰ O MG Planeja não dispunha dos dados sobre o planejamento desta ação, todas as informações dispostas referiam-se à execução física e orçamentária.

5.2 Resultados do Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG)

O PPAG 2012 – 2015, exercício 2015 (MINAS GERAIS, 2015b), tem seus programas e respectivas ações distribuídos entre os diversos Setores de Governo, por exemplo: Poder Legislativo, Poder Judiciário, Cultura, Defesa Social, Desenvolvimento Econômico, Saúde, dentre outros. Como pode ser visto na figura 13, o setor Saúde é formado pelos órgãos e entidades: ESP-MG, FUNED, FHEMIG, HEMOMINAS e Fundo Estadual de Saúde (FES¹¹). Já no PPAG 2016-2019, exercício 2016 (MINAS GERAIS, 2016j) e 2017 (MINAS GERAIS, 2016k), tem seus programas e respectivas ações distribuídos entre os diversos Eixos Estratégicos: Educação e Cultura, Infraestrutura e Logística, dentre outros. A figura 13 também explicita os órgãos e entidades que fazem parte do Sistema de Saúde dentro do eixo Saúde e Proteção Social para deixar evidente que mesmo a monografia abrangendo Planos Plurianuais de Ação Governamental diferentes, o recorte dos órgãos e entidades que pertencem à temática Saúde permanece o mesmo: ESP-MG, FUNED, FHEMIG, HEMOMINAS e FES.

Figura 13: Semelhanças entre o Setor de Governo Saúde do PPAG 2012 – 2015 e o Sistema de Saúde do eixo Saúde e Proteção Social do PPAG 2016 – 2019



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do PPAG 2012-2015 e 2016-2019

¹¹ A gestão dos recursos alocados no Fundo Estadual da Saúde (FES) está sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

Com base na leitura do Setor de Governo Saúde no PPAG 2012 - 2015, exercício 2015, foi possível identificar duas ações voltadas exclusivamente para mulheres, sendo que ambas fazem parte do Programa 044 - Redes Integradas de Serviços de Saúde:

- Ação 1174: Viva Vida - Mães de Minas;
- Ação 4208: Viva Vida - Atenção as Gestantes e Crianças.

A ação 1174 tem como propósito investir em toda a rede de atenção à saúde da gestante e das crianças até 1 ano. Dessa forma, a ação incentiva as ações relacionadas ao pré-natal no âmbito do projeto Saúde em Casa e também busca: a implantação de centros Viva Vida de referência secundária, a melhoria da infraestrutura das maternidades mineiras, a implantação de Casas de Apoio a Gestante e Puérpera (CAGEP), a implantação de leitos de UTI neonatal e a divulgação de ações do Mães de Minas a fim de promover mobilização social para a identificação, monitoramento e acompanhamento das gestantes e crianças até 1 ano. Isso ocorre através de diversas frentes, como construir, reformar, adquirir equipamentos e destinar insumos para implantação dos seguintes pontos de atenção: Centros Viva Vida de Referência Secundária com vinculação pública, Maternidades de Atenção à Gestante de Alto Risco credenciadas, CAGEP, leitos de UTI Neonatal, PCLH e BLH. O produto da ação é “ponto de atenção implantado” e a unidade de medida é “unidade”. A ação 1174 tinha um orçamento inicial de aproximadamente 18 milhões de reais, mas o governo autorizou apenas 2,5 milhões e esse foi o valor executado, como pode ser visto na tabela 5, o que reduziu a capacidade do estado de implantar os 50 pontos de atenção em 2015. Contudo, de acordo com os dados extraídos do Sistema Integrado de Administração Financeira (BO/SIAFI) de Minas Gerais, toda a execução orçamentária foi realizada em despesas correntes e a despesa de capital foi nula, ou seja, nenhum ponto de atenção foi implantado. Os principais itens de despesa foram: serviço postal telegráfico para cumprimento de contrato em curso com a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, cuja finalidade era a entrega de enxovais para recém-nascidos (89%); auxílios destinados ao Hospital Cesar Leite, localizado em Manhuaçu, visando a construção de UTI Neonatal (6%); e contribuições destinadas ao Fundo Municipal de Saúde de Formiga para custear leitos de UTI Neonatal (5%). De acordo com a SES, a partir de 2015 o governo de Minas Gerais priorizou o custeio dos pontos de atenção à saúde já existentes em detrimento da ampliação e expansão de novos.

Tabela 5: Resultados das metas físicas e orçamentárias da Ação 1174 do PPAG 2012 – 2015, exercício 2015

| Ação 1174 | 2015 |
|---|----------------------|
| Meta física planejada | 50* |
| Meta física executada | 0** |
| Percentual de execução da meta física planejada | 0% |
| Crédito inicial (planejamento orçamentário) | R\$ 18.294.717,00*** |
| Crédito autorizado | R\$ 2.545.344,23**** |
| Execução orçamentária | R\$ 2.545.343,67**** |
| Percentual de execução do crédito autorizado | 100% |

*Fonte: PPAG 2012 - 2015, exercício 2015.

**Fonte: Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento de Minas Gerais (SIGPlan-MG).

***Fonte: PPAG 2012 - 2015, exercício 2015.

**** Fonte: Armazém de Informações do Sistema Integrado de Administração Financeira (BO/SIAFI).

Fonte: Elaboração própria

A ação 4208 tem a finalidade de promover a saúde da mulher e da criança, assegurando atendimento universal, integral, humanizado e especializado em diferentes condições, visando a redução da mortalidade materna e infantil. A assistência é prestada em Unidades de Atenção Primária, focada na saúde de gestantes. Assim, nessas Unidades ocorre a classificação de risco da gestação; o encaminhamento da gestante de alto risco aos Centros de Referência Secundária da Rede; a assistência ao trabalho de parto, ao parto e ao acompanhamento do puerpério; e atenção à saúde do recém-nascido e do pós-neonato. Adicionalmente, o escopo abrange ações de promoção e prevenção da saúde, capacitação de profissionais e mobilização social em prol da saúde da gestante e da criança de até 1 ano de idade. O produto da ação é “ponto de atenção mantido” e a unidade de medida é “unidade”. Foram considerados pontos de atenção: Centros Viva Vida, Casas de Apoio à Gestante, e maternidades credenciadas no Viva Vida/Rede Cegonha.

A ação 4208 executou 89% do crédito autorizado para o exercício financeiro de 2015 e 94% dos pontos de atenção foram mantidos, como pode ser visto na tabela 6. De acordo com os dados extraídos do Sistema Integrado de Administração Financeira (BO/SIAFI) de Minas Gerais, a execução orçamentária foi realizada em despesas correntes e os principais itens de despesa foram: contribuições (64%); locação de máquinas e equipamentos (13%) e locação de veículos (11%). As contribuições foram para a Fundação Cristiano Varella, Fundação de Assistência Social de Janaúba, Irmandade de Nossa Senhora da Saúde,

Universidade Federal de Minas Gerais e para 47 Fundos Municipais de Saúde. Boa parte dos recursos gastos com locação de máquinas e equipamentos e locação de veículos destinaram-se à ação 280 do MG Planeja descrita no item 5.1 deste trabalho, ou seja, destinaram-se às Unidades Móveis de Mamografia.

Tabela 6: Resultados das metas físicas e orçamentárias da Ação 4208 do PPAG 2012 – 2015, exercício 2015

| Ação 4208 | 2015 |
|---|-----------------------|
| Meta física planejada | 72* |
| Meta física executada | 68** |
| Percentual de execução da meta física planejada | 94% |
| Crédito inicial (planejamento orçamentário) | R\$ 105.706.828,00*** |
| Crédito autorizado | R\$ 94.889.865,00**** |
| Execução orçamentária | R\$ 84.255.210,43**** |
| Percentual de execução do crédito autorizado | 89% |

*Fonte: PPAG 2012 - 2015, exercício 2015.

**Fonte: Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento de Minas Gerais (SIGPlan-MG).

***Fonte: PPAG 2012 - 2015, exercício 2015.

****Fonte: Armazém de Informações do Sistema Integrado de Administração Financeira (BO/SIAFI).

Fonte: Elaboração própria

Apesar da ação 4208 ser majoritariamente de custeio e a ação 1174 ser de investimento, as duas focam na saúde da gestante, fato que reforça o destaque que o estado de Minas Gerais empregou nas ações de saúde da mulher voltadas para as questões reprodutivas em 2015. Contudo, essas ações atuam no sentido de ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica para as mulheres mineiras e de promover a atenção obstétrica e neonatal humanizada, o que corrobora com dois dos quatorze objetivos específicos da PNAISM.

Após a leitura do eixo Saúde e Proteção Social no PPAG 2016-2019, exercícios 2016 e 2017, com recorte para o Sistema de Saúde, foi possível identificar uma única ação voltada exclusivamente para a mulher: ação 4494 – Apoio e Fortalecimento da Rede Cegonha. Essa ação faz parte do Programa 179 – Redes de Atenção à Saúde.

A ação 4494 tem como finalidade prestar assistência integral à saúde da mulher e de crianças até 2 anos de idade através do fortalecimento e expansão de pontos de atenção

no nível primário, secundário e terciário da rede de atenção à saúde materno e infantil no estado de Minas Gerais, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. A ação também visa assegurar o direito ao nascimento seguro e o direito do recém-nascido e de crianças de até 2 anos em ter um crescimento e desenvolvimento saudável, com foco naqueles estratificados como de risco e em situação de vulnerabilidade. As duas frentes focam na redução da mortalidade materna e infantil.

A ação 4494 é concretizada por meio da manutenção, implantação e otimização das Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Centro de Parto Normal (CPN); maternidades para atendimento de gestantes de risco habitual e alto risco; Bancos de Leite Humano (BCLH), Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH); leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal Convencional e Canguru; Hospitais Amigos da Criança; Unidades Móveis de Mamografia (UMM); centros e unidades de assistência de alta complexidade em oncologia e Serviços de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVS). Também são desenvolvidas as seguintes ações assistenciais: definição de protocolos e fluxos para acompanhamento da gestante durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério; acompanhamento da criança até 2 anos de idade; rastreamento para diagnóstico precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e de colo do útero; monitoramento dos casos de infecção por vírus Zika no período gestacional e a organização da assistência a estes casos; ações sobre saúde sexual e reprodutiva; ações para a mulher em situação de violência sexual e doméstica; atividades de educação permanente dos profissionais de saúde na área da saúde da mulher e da criança em todos os níveis da rede materno e infantil. Adicionalmente, há estratégias de monitoramento do funcionamento dos pontos de atenção, tais como a implantação dos Fóruns Perinatais nas RAS e a manutenção do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais.

O produto da ação 4494 é “ponto de atenção mantido”, a unidade de medida é “unidade” e o público-alvo é “mulheres e crianças de até 2 anos do estado Minas Gerais”. Considera-se como ponto de atenção mantido: instituições contempladas pela Rede Cegonha (UTI Neonatal, UCI Neonatal Convencional e Canguru, leitos de alto risco obstétrico) com contrapartida estadual de 20% do custeio total; e instituições ainda não habilitadas pelo Ministério da Saúde para a Rede Cegonha, mas socialmente necessárias, custeadas integralmente pelo estado de Minas Gerais nas seguintes modalidades: UTI Neonatal, UCI Neonatal Convencional e Canguru, leitos de alto risco obstétrico, Centro de Parto Normal e CGBP.

A ação 4494 executou 82% do crédito autorizado para o exercício financeiro de 2016 e 78% dos pontos de atenção foram mantidos, como pode ser visto na tabela 7. No exercício financeiro de 2017, a ação 4494 executou 62% do crédito autorizado e, contraditoriamente, a execução da meta física foi superior ao planejado para o ano em 36 pontos percentuais. Ou seja, 16 pontos de atenção foram mantidos além da meta estabelecida para o ano, mesmo num cenário de baixa execução orçamentária. De acordo com os dados extraídos do Sistema Integrado de Administração Financeira (BO/SIAFI) de Minas Gerais, a execução orçamentária de 2016 e de 2017 foram realizadas em despesas correntes e os principais itens de despesa foram: contribuições (57% em 2016 e 61% em 2017), grande parte destinada a Fundos Municipais de Saúde; locação de máquinas equipamentos (16% e 15%); locação de veículos (13% e 11%) e serviços de saúde prestados por pessoa jurídica (10%¹² e 12%). Boa parte dos recursos gastos com locação de máquinas e equipamentos e locação de veículos também destinaram-se às Unidades Móveis de Mamografia (UMM), tema relacionado com a ação 280 do MG Planeja descrita no item 5.1 deste trabalho.

Tabela 7: Resultados das metas físicas e orçamentárias da Ação 4494 do PPAG 2016 – 2019, exercícios 2016 e 2017

| Ação 4494 | 2016 | 2017 |
|---|------------------------|------------------------|
| Meta física planejada | 51* | 45** |
| Meta física executada | 40*** | 61*** |
| Percentual de execução da meta física planejada | 78% | 136% |
| Crédito inicial (planejamento orçamentário) | R\$ 115.470.355,00**** | R\$ 97.896.248,00***** |
| Crédito autorizado | R\$ 59.619.247,37***** | R\$ 97.947.270,78***** |
| Execução orçamentária | R\$ 48.734.053,00***** | R\$ 60.519.110,10***** |
| Percentual de execução do crédito autorizado | 82% | 62% |

*Fonte: PPAG 2016 - 2019, exercício 2016.

**Fonte: PPAG 2016 - 2019, exercício 2017.

***Fonte: Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento de Minas Gerais (SIGPlan-MG)

****Fonte: PPAG 2016 - 2019, exercício 2016.

*****Fonte: PPAG 2016 - 2019, exercício 2017.

*****Fonte: Armazém de Informações do Sistema Integrado de Administração Financeira (BO/SIAFI)

Fonte: Elaboração própria

¹² A maior parte destinada a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros.

A ação 4494 também é de atenção a saúde da gestante, fato que reforça a ideia de que o estado de Minas Gerais focou nas ações voltadas para as questões reprodutivas em 2016 e 2017. Contudo, vale ressaltar que existe uma diversificação do escopo da ação 4494 comparada às ações 1174 e 4208 do PPAG anterior, pois incluiu os SAVVS, ações para a mulher em situação de violência doméstica, ações sobre saúde sexual e reprodutiva, ações para o monitoramento dos casos de infecção por vírus Zika no período gestacional e ações para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e de colo do útero. Por isso a ação 4494 corrobora com cinco dos quatorze objetivos específicos da PNAISM, três a mais que as ações 1174 e 4208 juntas. A ação 4494 do PPAG 2016 – 2019, exercícios 2016 e 2017, atuou no sentido de ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica para as mulheres mineiras, estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, promover a atenção obstétrica e neonatal humanizada, promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, e, finalmente, reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.

É importante salientar que não foi possível dizer se o que é prestado pelo estado corrobora com todos os subitens desses cinco objetivos específicos da PNAISM. Por exemplo, não foi possível concluir se as ações de planejamento familiar abrangeram a assistência à infertilidade, se a oferta de todos os métodos anticoncepcionais ocorreu e nem se homens e adolescentes foram estimulados a participarem das ações de planejamento familiar. Também não foi possível concluir se nas ações de atenção obstétrica e neonatal ocorreu qualificação e humanização na atenção à mulher em situação de abortamento e nem se houve oferta suficiente de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes.

No PPAG 2012 - 2015, exercício 2015, a ação 1174 (Viva Vida - Mães de Minas) é de investimento e a ação 4208 (Viva Vida - Atenção as Gestantes e Crianças) é de custeio. Cabe ressaltar que no documento PPAG 2016 - 2019, exercícios 2016 e 2017, essas duas ações foram mescladas na ação 4494. Ou seja, a ação 4494 é de investimento e de custeio.

Outra informação relevante é que as cinco ações do MG Planeja descritas no item 5.1 fazem parte do guarda-chuva das ações 1174 e 4208 do PPAG 2012 – 2015, e da ação 4494 do PPAG 2016 – 2019. Por isso os objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher atendidos por essas duas ferramentas foram semelhantes.

No PPAG 2012 - 2015, a ação 4004, Gestão da Política Hospitalar - Complexo de Especialidades, tem como finalidade “prestar assistência integral aos pacientes com Aids e outras doenças infectocontagiosas, aos pacientes com câncer, às gestantes e aos recém-nascidos de alto risco”. No mesmo documento, a ação 4006, Gestão da Política Hospitalar - Complexo de Hospitais Gerais, tem a finalidade de “prestar assistência hospitalar e

ambulatorial de clínica médica, cirúrgica, ortopédica, pediátrica, ginecológica, obstétrica para gestantes, recém-nascidos de alto risco e outros pacientes do SUS em Belo Horizonte, Juiz de Fora, Patos de Minas e Barbacena”. Como pode ser visto, as mulheres foram abrangidas por essas duas ações, mas como o escopo de ambas não são exclusivas para o público feminino, elas não fizeram parte do recorte deste trabalho. A mesma dinâmica vale para as ações correspondentes no PPAG 2016 – 2019: 4097, Complexo de Especialidades, e 4099, Complexo de Hospitais Gerais. Se essas ações fossem consideradas no recorte da monografia, outro objetivo específico da PNAISM poderia ter sido considerado (o que totalizaria 6 objetivos específicos atendidos): prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina.

Nenhuma ação do Sistema de Saúde exclusiva para as mulheres contempladas no PPAG 2012 – 2015, exercício 2015, no PPAG 2016 – 2019, exercícios 2016 e 2017, ou no MG Planeja destacaram em seu escopo frentes que atuam no sentido de prevenir e controlar as doenças sexualmente transmissíveis e a infecção pelo vírus do HIV/Aids na população feminina, de implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero e nem de implementar a atenção à saúde da mulher no climatério. Além disso, as ações descritas se referem às mulheres de forma geral, sem explicitar especificidades e diferenças tais como: mulher na terceira idade, mulher negra, mulher trabalhadora do campo e da cidade, mulher indígena, mulheres em situação de prisão. Dessa forma, oito dos quatorze objetivos específicos da PNAISM não foram atendidos pelos PPAG 2012 – 2015, exercício 2015, e PPAG 2016 – 2019, exercício 2016 e 2017.

Desse modo, embora pareça haver preocupação da administração pública estadual com as questões de saúde voltadas para as mulheres, conforme observado nas descrições das ações contidas nas principais ferramentas de orçamento, planejamento e gestão do estado, o que se observa até o momento é que essas ações não estão totalmente em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Tem-se que grande parte delas estão voltadas exclusivamente para as questões reprodutivas, deixando de lado a integralidade da mulher proposta na política nacional.

6. CONCLUSÃO

Como observado neste trabalho, para que o estado de Minas Gerais proponha ações e metas de saúde para a mulher que estejam em consonância com as principais diretrizes e objetivos específicos da PNAISM, é necessário o comprometimento dos três entes federados no planejamento, execução e monitoramento dessas ações. O estado, isolado, não consegue atuar sozinho de forma satisfatória dentro da abordagem da integralidade.

De acordo com os resultados apresentados, apenas cinco dos quatorze objetivos específicos da PNAISM foram corroborados pelas ações inseridas no MG Planeja e nos PPAG 2012 – 2015 e 2016 – 2019, nos anos 2015 a 2017, que são: ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica; estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar; promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada; promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual e reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina. Entretanto, não foi possível dizer se o que é prestado pelo estado corrobora com todos os subitens desses cinco objetivos específicos da PNAISM. Por exemplo, não foi possível concluir se as ações de planejamento familiar abrangeram a assistência à infertilidade ou se nas ações de atenção obstétrica e neonatal ocorreu qualificação e humanização na atenção à mulher em situação de abortamento. Como a maioria dos 14 objetivos específicos não foram atendidos por essas ferramentas de planejamento, orçamento e gestão governamental, é possível concluir que algumas lacunas existem, como a atenção focada na saúde da mulher negra, indígena, trabalhadora do campo ou cidade, adolescente, na terceira idade, dentre outras.

Com relação ao Pacto pelo Cidadão, era de se esperar que essa ferramenta de gestão governamental trouxesse frentes diversificadas para a mulher na área da saúde, pois algumas de suas ações respondem explicitamente a demandas prioritárias identificadas nos Fóruns Regionais de Governo. Contudo, não há ações focadas exclusivamente para a mulher no Sistema de Saúde, o que impossibilitou o estudo de suas ações.

Sob a perspectiva das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com base nos resultados apresentados, é possível dizer que boa parte das ações descritas neste trabalho segue a diretriz relacionada à humanização, como as de implantação e custeio das Casa de Apoio à Gestante e Puérpera (CAGEP), dos Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH), dos Bancos de Leite Humano (BLH) e daquelas que fazem parte do programa do governo federal Rede Cegonha. A diretriz sobre o melhoramento do grau de informação das mulheres também foi considerada pelas ações de saúde sexual e reprodutiva e de planejamento reprodutivo do PPAG 2016 - 2019.

Também é possível concluir que as ações corroboram com a diretriz da atenção integral à saúde da mulher, mas existem duas limitações nesse sentido. A primeira refere-se a questão da intersetorialidade, pois as ações que constam no PPAG ou no MG Planeja sob responsabilidade, por exemplo, das Secretarias de Estado de Desenvolvimento Agrário; de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania; e de Trabalho e Desenvolvimento Social não foram consideradas, já que não fazem parte do Sistema de Saúde. Dessa forma, ações que poderiam ser intersetoriais sob a perspectiva da PNAISM não foram estudadas, por exemplo: Apoio à Inclusão Produtiva e Autonomia Econômica das Mulheres do Campo (ação 4209 no PPAG 2016 – 2019); Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (ação 4206 do PPAG 2016 – 2019); Promoção da Autonomia das Mulheres (ação 4205 do PPAG 2016 – 2019) e Inserção da Mulher Vítima de Violência no Mercado de Trabalho (ação 4204 do PPAG 2016 – 2019). A segunda limitação está relacionada com o fato do escopo das ações do Sistema de Saúde exclusivas para mulher inseridas no MG Planeja e no PPAG não mencionarem as especificidades dos distintos grupos populacionais entre as mulheres, como as existentes entre as negras, de orientação homossexual, com deficiência, em situação de prisão; e nem especificidades entre as diferentes faixas etárias, como as existentes entre as jovens e as mulheres da terceira idade. Tudo isso reforça o entendimento de que não há um atendimento perfeitamente integral e nem uma dinâmica inclusiva e sem imposição de valores para as mulheres dentro do Sistema Único de Saúde no estado de Minas Gerais.

Desse modo, permanece o desafio para o governo de Minas Gerais de fornecer serviços de saúde para as mulheres de forma integral, superando, assim, as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, André Lobato. **O processo de incorporação das demandas dos Fóruns Regionais de Governo no planejamento das secretárias de estado de Minas Gerais.** Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2015. Orientador: Bruno Lazzarotti, 2016.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão W. S. **Clínica médica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 57, n. 6, p. 610-613, São Paulo, 2011. Campinas, SP. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000600003> >. Acesso em: 7 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm >. Acessado em: 11 set. 2018

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acessado em: 10 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **O processo histórico de construção do SUS.** In: Gestão municipal de saúde: textos básicos. ISBN 85-334-0408-5. Rio de Janeiro, 2001. (CDD, 20 ed., 362.1068), tema 12, p. 286-304. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_municipal_de_saude.pdf>. Acessado em: 11 jun. 2018

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acessado em: 10 jun. 2018

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** 1ª edição, Brasília-DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acessado em: 21 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011b**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acessado em: 16 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM**. Brasília, DF. 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acessado em: 14 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portal do Ministério da Saúde: Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2018. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acessado em: 27 jun. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOULART, Leon Nunes. **O MG Planeja como instrumento de planejamento, monitoramento e transparência das ações de governo**. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2016. Orientadora: Simone Cristina Dufloth, 2016.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, RubenA. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 43-68. Disponível em: < <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acessado em: 10 jun. 2018.

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão**. In: Revista Estudos Feministas, vol. 17, n. 1, Florianópolis, 2009, pp. 31-48, ISSN 0104-026X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MELO FILHO, Ivan Tavares de. **Fatores que influenciaram as trocas de sistemas de gestão das informações estratégicas em Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, 2016. Orientador: Mauro César da Silveira, 2016.

MINAS GERAIS. **Constituição do Estado de Minas Gerais: 1989**. 19. ed. Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2018. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/export/sites/default/consulte/legislacao/Downloads/pdfs/ConstituicaoEstadual.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2018.

_____. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. **Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG): Entenda**, [201-]a. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/acompanhe/planejamento_orcamento_publico/ppag/entenda.html>. Acesso em: 19 maio 2018.

_____. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG)**, [201-]b. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/pagina/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-de-acao-governamental-ppag/plano-plurianual-de-acao>>. Acesso em: 16 maio 2018.

_____. **Lei n. 21.447, de 1º de agosto de 2014**. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2015 e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=lei&num=21447&comp=&ano=2014>>. Acesso em: 13 out. 2018.

_____. **Decreto n. 46.774, de 9 de junho de 2015a**. Institui os Fóruns Regionais de Governo e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=46774&ano=2015>>. Acesso em: 17 maio 2018.

_____. **Lei 21.694, de 9 de abril de 2015b**. Dispõe sobre a revisão do Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG – 2012-2015, para o exercício 2015. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/acompanhe/planejamento_orcamento_publico/ppag/index.html?lei=2012-2015&revisao=2015>. Acesso em: 20 out. 2018.

_____. **Lei 21.736, de 14 de agosto de 2015c**. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2016 e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?num=21736&ano=2015&tipo=LEI>>. Acesso em: 13 out. 2018

_____. Fóruns Regionais. **Linha do Tempo**, [entre 2015 a 2018]a. Disponível em: <<http://www.forunsregionais.mg.gov.br/index.php/linha-do-tempo/>>. Acesso em: 6 jun. 2018.

MINAS GERAIS. Fóruns Regionais. **Fóruns Regionais**, [entre 2015 a 2018]b. Disponível em: <<http://www.forunsregionais.mg.gov.br/index.php/foruns-regionais/>>. Acesso em: 16 maio 2018.

_____. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Pacto pelo Cidadão**, [entre 2015 a 2018]c. Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/pagina/gestao-governamental/pacto-pelo-cidadao/pacto-pelo-cidadao>>. Acesso em: 16 maio 2018.

_____. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado: Inovação da Constituição mineira que estabelece um plano estratégico de longo prazo para o Estado**, 2016a. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/acompanhe/planejamento_orcamento_publico/pmdi/index.html>. Acesso em: 6 maio 2018.

_____. **Decreto n. 47.070, de 26 de outubro de 2016b**. Dispõe sobre o Pacto pelo Cidadão, instituído pela Lei n. 22.257, de 27 de julho de 2016, e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=DEC&num=47070&ano=2016>>. Acesso em: 16 maio 2018.

_____. **Lei n. 21.967, de 12 de janeiro de 2016c**. Atualiza o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI – e dá outras providências. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=21967&comp=&ano=2016&aba=js_textoOriginal#texto>. Acesso em: 6 jun.2018.

_____. **Lei n. 22.257, de 27 de julho de 2016d**. Estabelece a estrutura orgânica da administração pública do Poder Executivo do Estado e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=22257&comp=&ano=2016>>. Acesso em: 16 maio 2018.

_____. **MG Planeja: Visão Governo**. 2016e. Disponível em: <<http://www.mgplaneja.mg.gov.br/painel-geral>>.

_____. **Pacto pelo Cidadão**. 18 de novembro de 2016f. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/sites/default/files/documentos/pactopelocidadao_nov_2016_completo.pdf>. Acesso em: 16 maio 2018.

_____. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Plano Mineiro de**

Desenvolvimento Integrado: Processo de Elaboração e Resultados. 2016g.

MINAS GERAIS. Fóruns Regionais. **Territórios de Desenvolvimento e Microterritórios de Minas Gerais.** 2016h. Disponível em: <http://www.agenciaminas.mg.gov.br/ckeditor_assets/attachments/1277/mapa_foruns_regionais.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2018.

_____. **Lei 22.254, de 25 de julho de 2016i.** Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da lei orçamentária para o exercício de 2017 e acrescenta artigo à Lei nº 21.736, de 4 de agosto de 2015. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?ano=2016&num=22254&tipo=LEI>>. Acesso em: 13 out. 2018.

_____. **Lei 21.968, de 14 de janeiro de 2016j.** Institui o Plano Plurianual de Ação Governamental para o quadriênio 2016-2019 – PPAG – PPAG 2016-2019. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?ano=2016&num=21968&tipo=LEI>>. Acesso em: 13 out. 2018.

_____. **Lei 22.475, de 29 de dezembro de 2016k.** Dispõe sobre a revisão do Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG – 2016-2019, para o exercício 2017. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?ano=2016&num=22475&tipo=LEI>>. Acesso em: 13 out. 2018.

_____. **MG Planeja: Sistema de Acompanhamento das Metas Prioritárias do Governo de Minas Gerais.** Versão 1.0., 2017a.

_____. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado: PMDI 2016 – 2027: Desenvolvimento Econômico e Social Sustentável de Minas Gerais.** Vol. 1. 2017b. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/sites/default/files/documentos//gov003717_catalogo_servicos_seplag_2017_volume_1.pdf>. Acesso em 20 jun. 2017.

_____. **Pacto pelo Cidadão: 2016-2018: Exercício 2017, 2017c.** Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/sites/default/files/documentos/gestao-governamental/pacto-pelo-cidadao/pactopelocidadao_2017.pdf>. Acesso em: 16 maio 2018.

_____. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão - SEPLAG. **Manual de Revisão PPAG 2016 – 2019 e LOA 2018.** 2017d. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/sites/default/files/documentos//manual_de_revisao_do_ppag_2016-2019_loa_2018.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão - SEPLAG. Núcleo Central de Informações e Apoio às Políticas Estratégicas. **Gestão das Ações Prioritárias do Governo de Minas Gerais**. 2017e.

NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, Egito, 1994. Disponível em: < <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acessado em: 13 jun. 2018

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. In: Cad. Saúde Públ. [online]. Vol. 14, supl.1, Rio de Janeiro, 1998, pp. 25-32. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>>. Acessado em: 20 jun. 2018.

PEREIRA, Camila Botelho. **Participação social, instituições participativas e desenhos institucionais: Uma análise dos Fóruns Regionais do Governo de Minas Gerais**. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2015. Orientadora: Flávia Brasil, 2015.

PRAÇA, Thaís Fernanda Dias. **Saúde e gênero: uma análise da política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão Pública) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Orientara: Marjorie Correa Marona, 2017.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **A política de atenção integral à mulher: uma análise de integralidade e gênero**. SER Social, Brasília, DF, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA, Luís Eugenio Portela Fernandes. **O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão: Uma reflexão a partir de uma experiência concreta**. Ciência & Saúde Coletiva, 2009, vol. 14, n. 3, pp. 911-918, 2009. Salvador. Versão online ISSN 1678-4561. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300027>>. Acesso em: 07 jun. 2018