

## **Planejamento em saúde como meio para ampliar as capacidades estatais municipais**

### **Autoria**

LAIZE ALMEIDA DE OLIVEIRA - laizealmeida@gmail.com

Programa de Pós-Graduação em Administração - PPGADM / UFG - Universidade Federal de Goiás

PDTSA / UNIFESSPA - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

### **Resumo**

Este artigo tem como objetivo central descrever como o plano municipal de saúde pode ampliar as capacidades estatais dos pequenos municípios goianos. Esta pesquisa é de natureza qualitativa. Quanto aos objetivos é exploratória e descritiva. O recorte temporal utilizado foi de 2014-2017, período referência para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e como estratégia de pesquisa optou-se pelo estudo de caso. Na seleção dos casos foram considerados os municípios goianos com população de até 20 mil habitantes. Foram selecionados 10 municípios das seguintes regiões de saúde: entorno norte e nordeste I. O resultado expõe a relação inadequada dos municípios goianos com o controle social em que apresentaram pouca ou nenhuma informação sobre aprovação do PMS pelo conselho municipal de saúde. Municípios preenchem melhor as categorias básicas do que as que necessitam de análise situacional, serem as categorias que compreendem a análise situacional com maior potencial de aumentar a capacidades. Atendimentos a categorias como recursos humanos e tecnológicos aumentariam mais a capacidade, no entanto, ficam mais esquecidas porque é preciso um maior detalhamento da realidade do município e quando não se refere a realidade municipal.

## **Planejamento em saúde como meio para ampliar as capacidades estatais municipais**

Este artigo tem como objetivo central descrever como o plano municipal de saúde pode ampliar as capacidades estatais dos pequenos municípios goianos. Esta pesquisa é de natureza qualitativa. Quanto aos objetivos é exploratória e descritiva. O recorte temporal utilizado foi de 2014-2017, período referência para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e como estratégia de pesquisa optou-se pelo estudo de caso. Na seleção dos casos foram considerados os municípios goianos com população de até 20 mil habitantes. Foram selecionados 10 municípios das seguintes regiões de saúde: entorno norte e nordeste I. O resultado expõe a relação inadequada dos municípios goianos com o controle social em que apresentaram pouca ou nenhuma informação sobre aprovação do PMS pelo conselho municipal de saúde. Municípios preenchem melhor as categorias básicas do que as que necessitam de análise situacional, sendo que são as categorias que compreendem a análise situacional que tem maior potencial de aumentar a capacidades. Atendimentos a categorias como recursos humanos e tecnológicos aumentariam mais a capacidade, no entanto ficam mais esquecidas porque é preciso um maior detalhamento da realidade do município e quando não se refere a realidade municipal.

**Palavras-chave:** Capacidade estatal; planejamento em saúde; gestão municipal; municípios.

## 1. INTRODUÇÃO

Do ponto de vista teórico, este estudo utiliza o conceito de capacidade estatal que é aqui entendido como a relação de causalidade acerca das políticas públicas que o governo implementa e os resultados que pretende alcançar (Araújo, Gonçalves & Machado, 2017; Gomide & Pereira, 2018).

Este conceito em sentido amplo, pode ser entendido em duas dimensões: capacidade-técnico administrativa que se refere à competência técnica profissional, voltada ao corpo burocrático do Estado; e a capacidade político-relacional que é atribuída às habilidades políticas de implementação das ações do governo (Gomide, Pereira & Machado, 2017).

A partir deste contexto, observa-se que os estudos de capacidades administrativas ou burocráticas estão relacionados à existência de governos equipados com recursos e instrumentos próprios de planejamento, os quais são essenciais para autonomia do Estado e o desenvolvimento de suas responsabilidades (Cingolani, 2013).

No que concerne às capacidades e os instrumentos de planejamento ainda são incipientes as pesquisas que tratam dos instrumentos de planejamento nos governos municipais, devido ao longo período da história brasileira em que cabia à União a execução do planejamento governamental (Lima, Lui, Biassi, Dias, Papi & Demarco (2020).

Desta forma, os entes municipais ainda são dotados de baixa capacidade de execução das normas mínimas que se referem às atividades e tecnologias de planejamento, bem como de sua institucionalização a nível local, reforçando a importância de se estudar as capacidades burocráticas e administrativas para maior qualidade nos instrumentos de planejamento (Demarco, Papi, & Lima, 2021).

Portanto, verifica-se que os instrumentos de gestão no âmbito do SUS estão estreitamente ligados ao ato de planejar. Sobretudo porque no âmbito da gestão municipal o planejamento na saúde continua sendo um desafio para os gestores que trabalham com problemas relacionados à essa área diariamente (Nogueira, 2020). Assim, o objetivo deste estudo é: descrever como o plano municipal de saúde pode ampliar as capacidades estatais dos pequenos municípios goianos.

O presente artigo está organizado em: A próxima seção apresenta o contexto teórico sobre capacidades estatais municipais, planejamento e gestão no âmbito da saúde. A terceira seção expõe a sistematização dos métodos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, seguida da apresentação e discussão dos resultados. Finalmente o texto se encerra com as considerações finais.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Capacidades estatais municipais, planejamento e gestão no âmbito da saúde**

A diversidade de termos atribuídos à capacidade estatal gera uma falta de clareza conceitual. Tal fato, somado à limitação de dados empíricos, leva os estudiosos a utilizarem as mesmas medidas para temas heterogêneos, ou seja, é usada a mesma base teórica em estudos sobre: força ou poder do Estado; fragilidade ou falha do Estado; poder infra estrutural; capacidade institucional; capacidade administrativa e capacidade política (Brambor, Goenaga, Lindvall, & Teorell, 2020).

Brambor et al. (2020) enfatizam que, quando se trata de forma geral do termo “capacidade estatal”, o mesmo é definido como a capacidade do estado em obter os resultados que líderes políticos buscam adquirir. Na atualidade são poucas as possíveis medidas da capacidade do estado que não estejam ligadas, ao menos em parte, aos resultados de políticas públicas. Ainda assim, há pesquisadores que encontram complexidades na tentativa de mensurar tais capacidades (Cardoso & Marengo, 2019; Hanson & Sigman, 2021).

Partindo dessa premissa, Cingolani (2013) sugere que a dimensão “capacidade administrativa” diz respeito ao potencial de implementação de políticas públicas do Estado, sendo concretizadas por profissionais técnico-administrativos, com recursos e instrumentos próprios. Ressalta-se que, para esta construção, é essencial que o Estado goze de liberdade administrativa e política perante o poder central (Cingolani, 2013; Oliveira & Passador, 2019).

Com efeito, para capacidade administrativa alcançar seus objetivos ela necessita de qualidade burocrática e esta vai em busca dos recursos necessários para realizar suas tarefas e chegar ao seu propósito. Neste sentido, a elaboração de instrumentos de planejamento se expressa como a capacidade estatal que mais se aproxima da dimensão administrativa (Demarco, Papi, & Lima, 2021).

Neste percurso, a capacidade administrativa se perfaz num conceito primordial para todo governo, quer seja na implementação de programas, políticas e planos, quer seja contribuindo para o equilíbrio de recursos, ações desenvolvidas e ampliação das políticas já programadas. Portanto, nenhum grande feito institucional pode ser alcançado com a ausência de capacidade (El-Taliawi & Van Der Wal, 2019).

Em um cenário nacional pode-se observar as capacidades estatais a partir da Constituição de 1988, assim como as demais leis consecutivas, que reafirmaram a autonomia dos governos municipais quanto sua responsabilidade de implementação de grande parte das políticas públicas ao nível local, ainda que estes entes não possuam capacidades administrativas e gerenciais suficientes (Sátyro & Cunha, 2018).

Todavia, há uma concordância na literatura quanto a escassez no âmbito municipal de estudos que abordam a relação de capacidades administrativas de governos locais e descentralização das políticas públicas (Abrucio, 2005; Grin, 2021; Grin & Abrucio, 2018b; Marengo, Strohschoen, & Joner, 2017; Oliveira, 2018; Wright, 1988), contudo são poucos os trabalhos que discute o federalismo como promotor da modernização da gestão municipal embora a literatura nacional tenha ganhado força nos últimos anos.

Neste contexto, os municípios se apresentam como a menor unidade federativa, mas em maior quantidade – 5.570 municípios –, detentores de menos recursos e mais responsabilidades, o que limita seu protagonismo na pactuação federativa (Arretche, 2012). Com efeito, os aspectos heterogêneos dos municípios inerentes ao federalismo brasileiro determinam um grande desafio para implementar soluções efetivas para falta de capacidade administrativa sobretudo dos pequenos municípios (Marengo, 2017).

Com isso, para administração pública municipal o planejamento torna-se uma escolha mais política do que propriamente uma decisão que busca o consenso (Kruger, 2020). Partindo da premissa que o planejamento integra o cotidiano da administração pública como uma junção entre os entes federados, Nogueira (2020) entende que o planejamento municipal – e até mesmo estadual – está relacionado com o lugar ocupado por estes entes ao longo da história. A insuficiente atenção em estudos científicos direcionados aos municípios sobre o tema, evidencia neste sentido, a posição desfavorável que estes ocupam, até mesmo pelo desprovimento de capacidades administrativas e de instrumentos de planejamento (Nogueira, 2020).

Neste processo, Papi e Hamerski (2021) investigaram as formas de planejamento executados pela gestão municipal de saúde em Porto Alegre (Rio Grande do Sul), uma vez que as autoras consideram o instrumento como indispensável para promoção de

capacidades estatais. Desse modo, identificaram neste estudo que o Governo local é dependente de atores que operam no processo de produção, mas que nem sempre tem possibilidade de monitorar os resultados e avaliar a implementação da política pública. Neste sentido, se faz necessária a articulação de atores em diferentes níveis de burocracia por se tratar de um instrumento que permite ao Estado desenvolver capacidades e programar objetivos.

No âmbito da saúde este modelo de gestão visa uma maior aproximação da sociedade, assim como proporciona prestações de contas mais eficientes com uma maior participação da população no controle e fiscalização. Observa-se que a gestão em saúde está inserida em aspectos que envolvem diretamente a administração dos órgãos de saúde em todo o Brasil. Sua importância é visível especialmente no que tange à organização, ao diagnóstico, ao planejamento e às ações, sejam elas individuais ou coletivas, em que esteja envolvida a população (Flôres, Weigelt, Rezende, Telles, & Krug, 2018).

Portanto, cabe a seus gestores um leque de desafios que envolvem desde o capital humano quanto o ambiente de trabalho, na busca de proporcionar um serviço público com maior qualidade. No entanto, há que se ressaltar ser necessário haver uma transformação de postura para que a gestão consiga direcionar iniciativas que visem melhorias organizacionais (Pessoa, Ramos, Dias, Souza, Rêgo, & Gonzaga, 2020).

Para Arcari, Barros, Rosa, Marchi e Martins (2020), entre os grandes desafios enfrentados pela gestão em saúde na atualidade está a redução dos repasses federais destinados ao financiamento da saúde pública, diminuindo a participação do Governo Federal quanto à responsabilidade com a saúde dos municípios.

Assim, grande parte dos municípios para subsidiar a saúde da população necessita gastar mais que o previsto em lei, visto que os recursos da União foram reduzidos. Entretanto, enfatiza-se que o financiamento não pode ser considerado o único requisito para uma gestão eficiente (Ravioli, Soárez, & Scheffer, 2018).

Deste modo, tem-se como resultado de uma gestão o processo de planejamento e a preparação de planos. Para Maximiniano (2004 p. 143) “em essência um plano é o registro das decisões resultantes do processamento dos dados”. Assim, o estudo do Plano Municipal de Saúde dos municípios do estado do Tocantins realizado por Farias e Brito (2020) possibilitou verificar os caminhos trilhados na elaboração, diretrizes, objetivos e metas que sustentaram os resultados favoráveis da gestão em saúde daquele estado.

Deste modo, o Plano Municipal de Saúde (PMS) deve estar para a gestão como um documento não meramente burocrático, para seguir as normativas legais; mas, sim,

como um instrumento estratégico que subsidiará as ações do governo em um ambiente democrático que orientará a gestão municipal na conquista de seus objetivos (Farias & Brito, 2020).

Portanto, PMS é um instrumento de planejamento central para os gestores, formulado conforme as necessidades de saúde da população, considerando as diretrizes propostas pelos comitês e reuniões de saúde. Com base no planejamento estratégico da situação, desempenha um papel importante no monitoramento e avaliação das ações (Fuginami, Colussi, & Ortiga, 2020).

Em nível municipal, o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) se apresenta como uma ferramenta à disposição dos gestores municipais na construção dos Planos Municipais de Saúde (PMS) e demais instrumentos de gestão em saúde (Ministério da Saúde [MS], 2016). Sua implementação tem avançado à medida que os gestores municipais o utilizam como ferramenta estratégica, metodológica e de sistema de informação na elaboração do PMS (Ministério da Saúde [MS], 2016).

Além disso, a atual estrutura de gestão do SUS exige maiores esforços e um processo inovador que satisfaça a requisição normativa que atenda ao planejamento no que se refere ao Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Os municípios em seu planejamento em saúde devem atender ao máximo possível a realidade da população com abrangência regional, adaptada aos recursos financeiros disponíveis e estejam amparados por planos municipais de saúde (Reuter, Santos, Bottega, & Roese, 2017).

Disto isto, normativamente é o município o responsável de promover ações de apoio à gestão do SUS. Dentre suas atribuições cabe-lhes o planejamento, organização e avaliação dos serviços locais de saúde, assim como, a gestão das unidades de saúde pública e implementação de serviços de saúde, tais como: vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e serviços de saúde do trabalhador (Ministério da Saúde [MS], 2016).

### **3. METODOLOGIA**

Esta pesquisa é de natureza qualitativa. Quanto aos objetivos é exploratória e descritiva (Yin, 2016). O recorte temporal foi entre os anos de 2014 a 2017, período referência para elaboração do Plano Municipal de Saúde. No intuito de cumprir com o objetivo de descrever como o plano municipal de saúde pode ampliar as capacidades estatais dos pequenos municípios goianos dos municípios com até 20 mil habitantes para

possibilitar o entendimento em maior profundidade das características das capacidades estatais municipais envolvidas e relacionadas com o planejamento em saúde.

Como estratégia de pesquisa optou-se pelo estudo de caso. Na seleção dos casos considerou-se somente os municípios goianos com população de até 20 mil habitantes. O estado de Goiás é composto por um total de 246 municípios, que ocupam 3,99% do território nacional. Desse total de municípios, 186 se encontram nesse estrato, número correspondente a 75,61% dos municípios desta unidade federativa. Tal quantitativo é maior que o percentual nacional, sendo de 68,2%. Portanto, a seleção buscou abranger não somente a realidade da maioria dos referidos municípios como também, de outros do Brasil (IBGE, 2020).

As regiões de saúde selecionadas foram definidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR). Assim, foi selecionada a macrorregião nordeste, por ser considerada a mais pobre do estado (Instituto Mauro Borges [IMB], 2018) com o PIB per capita em 2015 de apenas 1,37% do PIB do estado. O imposto sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS) no ano de 2018 correspondeu somente a 0,23% do total arrecadado pelo estado. É a região com o menor número de hospitais (16) e conseqüentemente menor número de leitos (308) (Instituto Mauro Borges [IMB], 2018). Sendo assim, os baixos índices de arrecadação e riquezas dos municípios levaram a seleção dessa região, pois sugere um cenário cujo planejamento e gestão em saúde merecem ser analisados.

A região selecionada é composta por 31 municípios e equivale a 11,39% do território estadual, sendo dividida, segundo o Plano Diretor de Regionalização de Goiás [PDR-GO] (2014), em quatro regiões de saúde: região de saúde Nordeste I; região de saúde Nordeste II; região de saúde do Entorno Norte e; região de saúde Entorno Sul. A região de Saúde do Entorno Sul, embora faça parte da Macrorregião Nordeste, não possui municípios com faixa populacional de até 20 mil habitantes, assim não é elegível para o presente estudo. Embora a região de saúde Nordeste II possua 10 municípios com faixa populacional compatível a esta pesquisa, a sua escolha implicaria no dobro do volume de documentos a serem analisados não permitindo a conciliação com o tempo necessário para coleta e análise dos dados. Portanto, para a presente pesquisa foram selecionados os municípios das seguintes regiões de saúde: entorno norte e nordeste I, conforme demonstrado na tabela 1.

**Tabela 1** – Municípios Selecionados para o Estudo de Caso



Região de Saúde	Município selecionado	População	Média gasto em saúde por habitante (R\$)	Média aplicação ASPS (%)	IDM-Saúde
Entorno Norte	Água Fria de Goiás	5.793	587,56	18,61	6,56
	Alto Paraíso	6.605	401,08	21,37	7,37
	Cabeceiras	8.046	327,84	16,41	7,77
	Flores de Goiás	17.005	184,76	18,54	6,16
	São João D'aliança	14.085	251,45	19,53	7,54
	Vila Boa	6.312	402,00	20,32	7,72
Nordeste I	Teresina de Goiás	3.498	673,10	22,01	6,69
	Divinópolis de Goiás	4.778	647,34	20,68	7,56
	Monte Alegre de Goiás	8.684	219,18	22,74	6,39
	Cavalcante	9.725	458,46	21,02	6,69

Fonte: elaborado pela autora (2021).

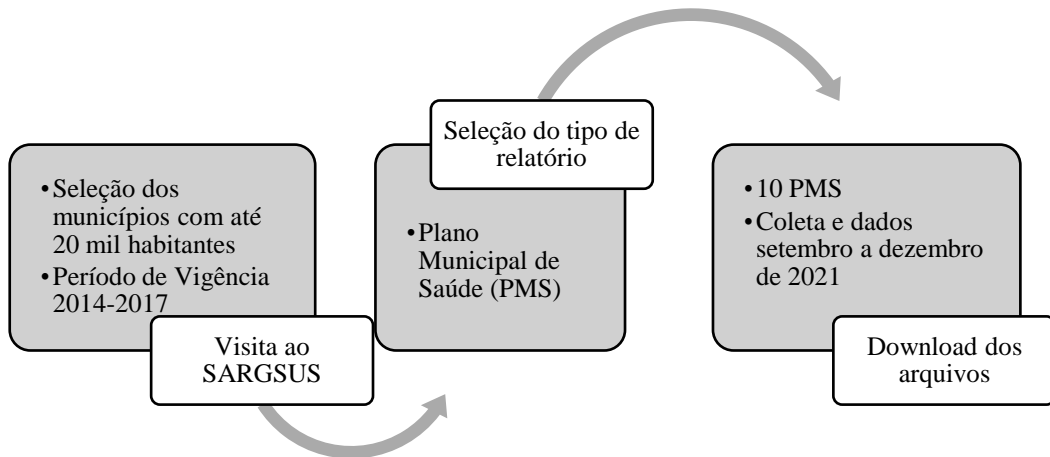
Os 10 municípios selecionados possuem características necessárias para fornecer informações válidas para se atingir o objetivo desta pesquisa.

A coleta de dados foi por meio de pesquisa documental, em duas etapas: (1) definição dos documentos que pudessem servir de base para as categorias de análise (preceitos legais) e; (2) seleção dos documentos a serem analisados. Na primeira etapa foi definido e utilizado como documento a Portaria nº 2.135 de 2013 do Ministério da Saúde, a qual estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013>. Tal portaria consolida toda a organização do SUS por meio de redes de atenção à saúde regionalizada, pautada em uma proposta analítica semelhante à de Gomide et al. (2017) e é uma normativa que adere à teoria das capacidades.

Na segunda etapa foi feita a seleção do documento analisado – Plano Municipal de Saúde (PMS) período de vigência 2014-2017. Após a definição dos documentos que nortearam esta pesquisa, foi acessado o sistema eletrônico de apoio ao relatório de gestão (SARGSUS), disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login> e aplicado os seguintes filtros: seleção das regiões de saúde Entorno Norte e Nordeste I; esfera administrativa municipal; estado de Goiás; vigência de 2014-2017 e; municípios com até 20 mil habitantes. A partir de 2018, foi instituído um novo sistema, o DigiSUS, que ainda não funciona em sua totalidade, e descontinuado o SARGSUS, passando a ser utilizado apenas para envio de relatórios anteriores a 2018 e apreciação dos conselhos de saúde.

Após aplicados os filtros, foram baixados os planos municipais de saúde elaborados pelas gestões municipais para o quadriênio 2014-2017, em um total de 10 documentos. Assim, todas as etapas do procedimento de coleta de dados estão sistematizadas na figura abaixo:

**Figura 1-** Sistematização dos Procedimentos Adotados na Coleta de Dados



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Como já mencionados, foram identificadas nos documentos de base da análise os parâmetros e as dimensões analíticas sugeridas na literatura. Especificamente, essas dimensões analíticas convergem com as indicadas por Gomide et al. (2017) para direcionar o processo de análise dos instrumentos de planejamento, visto que, os autores compreendem que a capacidade técnico-administrativa é o atributo principal da qualidade do planejamento. Como meio de organizar e auxiliar a análise da estrutura do plano municipal de saúde foi elaborado um *check list*, com base nas categorias definidas, como apresentado no quadro 1.

**Quadro 1** – Categorias baseadas na Portaria MS 2.135 de 2013 para Análise de Conteúdo da Estrutura Mínima dos Instrumentos de Planejamento no SUS

Plano Municipal de Saúde (PMS)	
1 Período de vigência;	4.4 Fluxos de acesso;
2 Identificação (esfera correspondente);	4.5 Recursos Financeiros;
3 Ato do Conselho de Saúde que avalia o PMS;	4.6 Gestão do trabalho e da educação;
4 Análise situacional;	4.7 Ciência, tecnologia e produção;
4.1 Estrutura do sistema de saúde;	4.8 Gestão;
4.2 Redes de atenção à saúde	5 Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicador
4.3 Condições sócio sanitárias;	6 O processo de monitoramento e avaliação.

Fonte: elaborado pela autora a partir do Manual de Planejamento do SUS (2016), Portaria MS nº 2.135 de 2013.

Também, para auxiliar a interpretação dos dados, foi definida uma escala de avaliação, que ilustra a interpretação das categorias de análise, juntamente com a estatística descritiva. A classificação foi realizada de acordo com a escala abaixo:

**Quadro 2** – Escala de Avaliação Utilizada para Interpretação das Categorias de Análise dos Instrumentos de Planejamento no SUS

Nível	Critério de interpretação	
Baixo	Não possui nenhuma capacidade no atendimento ao proposto para elaboração dos instrumentos de planejamento no SUS.	Red
Médio	Possui capacidade moderada no atendimento à legislação, fornecendo informações incompletas.	Yellow
Alto	Possui alta capacidade de elaborar os instrumentos de planejamento utilizando-se de indicadores e análise situacional.	Green

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Na seção seguinte, são apresentados os resultados da pesquisa.

## 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Caso 1: A Região de Saúde Entorno Norte

A Região de Saúde Entorno Norte possui 8 municípios, cerca de 268.808 habitantes e é parte integrante da Macrorregião Nordeste. Destes municípios, apenas 6 possuem uma faixa populacional de até 20 mil habitantes, com sede administrativa localizada na cidade de Formosa.

De acordo a análise realizada nos pequenos municípios da Região de Saúde Entorno Norte, verificou-se que tais municípios, ao elaborarem o Plano Municipal de Saúde do período de 2014-2017, não atenderam na íntegra o que pede a Portaria MS nº 2.135 de 2013 quanto à adoção de uma estrutura mínima para elaboração desse plano. Observa-se ainda que, dentre as 13 categorias analisadas, somente em três delas – período de vigência, identificação e definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores - os municípios alcançaram um alto nível de atendimento dos itens requisitados pela legislação, conforme pode ser verificado na tabela 1.

**Tabela 1** – Análise do Atendimento a Estrutura Mínima de Elaboração do Plano Municipal de Saúde de Acordo a Portaria MS 2.135 de 2013

Região de Saúde Entorno Norte		Água Fria de Goiás	Alto Paraíso de Goiás	Cabeceiras	Flores de Goiás	São João D'Aliança	Vila Boa
Categoria 1	Período de Vigência						
Categoria 2	Identificação (esfera correspondente)						
Categoria 3	Ato do Conselho de Saúde que avalia o PMS						
Subcategoria 4.1	Estrutura do sistema de saúde						
Subcategoria 4.2	Redes de atenção à saúde						
Subcategoria 4.3	Condições socio sanitárias						
Subcategoria 4.4	Fluxos de acesso						
Subcategoria 4.5	Recursos financeiros						
Subcategoria 4.6	Gestão do trabalho e da educação						
Subcategoria 4.7	Ciência, tecnologia e produção						
Subcategoria 4.8	Gestão						
Categoria 5	Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicador						
Categoria 6	Processo de monitoramento e avaliação						
		3	10	4	3	4	3

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

**Legenda:**

Baixo  
Médio  
Alto



No que se refere atendimento completo das normativas, percebe-se que apenas o município “Alto Paraíso de Goiás” avançou em relação ao atendimento dessa norma, pois foi o único que apresentou uma estrutura mais completa do PMS, atendendo 10 das 13 categorias cobradas na legislação. Portanto, entende-se que o plano municipal de saúde elaborado pelos demais municípios (Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Flores de Goiás, São João da Aliança e Vila Boa) não apresentou um comprometimento com a implementação das ações previstas na Portaria MS nº 2.135 de 2013.

Em detalhe, as categorias que tiveram maior atenção dos municípios nesta região de saúde foram: “categoria 1- Período de vigência; “categoria 2- Identificação (esfera correspondente) ” e a “categoria 5 – Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores”, sendo contemplada na elaboração do PMS de todos os municípios desta região de saúde. Isso acontece porque as duas primeiras categorias se referem as informações básicos do município e a categoria 5 diz respeito as metas já elaboradas na conferência municipal de saúde, portanto essas categorias não aumentam tanto a capacidade, por serem informações já prontas, foram “bem preenchidas”.

Quanto às “categorias 3 – Ato do Conselho de Saúde” e “categoria 6 – Processo de Monitoramento e Avaliação”, todos os municípios apresentaram falhas no atendimento a norma, pois não deram informações específicas destas categorias no PMS. Tal fato expõe uma dificuldade dos gestores da saúde em realizar uma análise situacional detalhada dos municípios, que ficaram ancorados somente nas metas elaboradas nas conferências municipais de saúde, perdendo a oportunidade de customizar o plano de acordo com a realidade do município em questão.

Os pequenos municípios poderiam encaminhar seus relatórios para apreciação dos conselhos municipais previamente como determina a legislação, assim lhes seriam permitidas maior interação com os atores envolvidos no processo do planejamento municipal. Da mesma forma que municípios necessitam um maior detalhamento de suas capacidades na área de recursos humanos e tecnológicos qualificando seus profissionais para elaborarem seus instrumentos de planejamento. Essas categorias, que aumentariam mais a capacidade, fica mais esquecida porque é preciso um maior detalhamento da realidade do município e quando não se refere a realidade municipal fica mais difícil o preenchimento.

#### **4.2 Caso 2: A Região de Saúde Nordeste I**

A Região de Saúde Nordeste I faz parte da macrorregião de saúde Nordeste. Com 5 municípios e o equivalente a 47.267 habitantes, a região tem sua sede administrativa no município de Campos Belos e, dentre os 5 municípios, 4 deles possuem até 20 mil habitantes.

Pela análise realizada percebeu-se que houve diversidade de categorias atendidas pelos municípios no que tange à estrutura do PMS, porém, apenas o município de Divinópolis de Goiás não elaborou o PMS com uma estrutura satisfatória uma vez que utilizou apenas três categorias, que são: “1- período de vigência”; “2 identificações (esfera correspondente) ” e subcategoria “4.8- gestão”, não atendendo as exigências da legislação, conforme evidenciado na tabela 2.

**Tabela 2** – Análise do Atendimento a Estrutura Mínima de Elaboração do Plano Municipal de Saúde de Acordo a Portaria MS 2.135 de 2013

Região de Saúde – Nordeste I		Teresina de Goiás	Divinópolis de Goiás	Monte Alegre de Goiás	Cavalcante
Categoria 1	Período de Vigência				
Categoria 2	Identificação (esfera correspondente)				
Categoria 3	Ato do Conselho de Saúde que avalia o PMS				
Subcategoria 4.1	Estrutura do sistema de saúde				
Subcategoria 4.2	Redes de atenção à saúde				
Subcategoria 4.3	Condições sociossanitárias				
Subcategoria 4.4	Fluxos de acesso				
Subcategoria 4.5	Recursos financeiros				
Subcategoria 4.6	Gestão do trabalho e da educação				
Subcategoria 4.7	Ciência, tecnologia e produção				
Subcategoria 4.8	Gestão				
Categoria 5	Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicador				
Categoria 6	Processo de monitoramento e avaliação				
		10	2	9	7

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

**Legenda:**

Baixo  
Médio  
Alto



Dentre estes, verificou-se que os PMS dos municípios analisados atingiram a totalidade no preenchimento das informações apenas em duas categorias, que são: “1- período de vigência e 2- identificação”. Embora com um avanço maior dos municípios quanto ao preenchimento das categorias do PMS, foi possível identificar que estes preenchem mais as categorias tidas como básicas em relação as categorias que demonstram a realidade do município, e estas categorias não refletem um maior ganho de capacidades.

Quanto aos municípios de Teresina de Goiás e Monte Alegre de Goiás observou-se que atenderam ao mínimo exigido pela legislação, com maior especificação da análise situacional. Desta forma, o primeiro atendeu 10 das 13 categorias exigidas na portaria do MS nº 2.135 de 2013; já o segundo atendeu nove das 13 categorias. Nisto verificou-se que as categorias - Gestão do trabalho e da educação, redes de atenção à saúde e estrutura do sistema de saúde – tiveram mais preenchimento no PMS e denotam categorias mais importantes para ganho de capacidades destes municípios, demonstrando um avanço no

atendimento a legislação das categorias analisadas demonstrando maior compreensão do PMS.

Observou-se também que todos os municípios desta região não atenderam a subcategoria 4.4 “Fluxo de acesso”, sendo essa a única categoria não ser mencionada no PMS dos municípios dessa região. Essa seria uma categoria para demonstrar as ações dos municípios quanto o acesso da população a exames especializados, embora o município possa não ofertar estes serviços é possível que sejam realizados por meio de convênios ou consórcios de saúde e isto pôde ter levado ao não entendimento dos atores envolvidos no preenchimento do PMS.

Assim, entende-se que esta região de saúde (nordeste I), em relação a região de saúde entorno norte, cumpriu melhor as exigências legais para a elaboração do PMS, visto que houve maior preocupação em realizar o planejamento seguindo a normativa do MS e atendendo a uma estrutura mais detalhada, contendo aspectos da análise situacional da saúde municipal.

## **5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Pela análise dos resultados, pode-se concluir pela análise desse estudo que essas categorias que apresentam dados básicos não aumentam tanto a capacidade, por serem informações já prontas, foram “bem preenchidas”. Segundo Fuginami, Colussi e Ortiga (2020) isto é reflexo do cenário político de discontinuidades e interesses administrativos, bem como a fraca capacidade de planejamento dos gestores, que limita o uso de ferramentas de planejamento e colaboram com mais obstáculos para sua realização, desde a insuficiente compreensão dos conceitos básicos até sua construção e uso.

Uma segunda conclusão, também de acordo com os dados levantados, foi que no caso I, os municípios goianos necessitam de um maior detalhamento de suas capacidades ao elaboraram seu PMS especialmente na área de recursos humanos e tecnológicos. Para Olvera e Avellaneda (2019) a organização da gestão está atrelada à capacidade de filtrar, armazenar e agir de forma coerente, com o propósito claro de apresentar seus resultados por meio de ações desenvolvidas na comunidade local. Essas categorias analisadas aumentariam mais a capacidade, no entanto ficam mais esquecidas porque é preciso um maior detalhamento da realidade do município e quando não se refere a realidade

municipal fica mais difícil o preenchimento consequentemente de evidenciar as ações realizadas.

Essa dificuldade de demonstrar uma análise situacional mais detalhada, especificando os resultados reais dos municípios do caso I, também perpassa pela análise do atendimento a categoria - processo de monitoramento e avaliação – corroborando com Pereira (2020) que acredita que pequenos municípios não levam em consideração a realidade da saúde local e que os gestores municipais utilizam o planejamento em saúde como um mero instrumento normativo.

Tal fato expõe uma dificuldade dos gestores da saúde em realizar uma análise situacional detalhada dos municípios, por ficaram ancorados somente nas metas elaboradas nas conferências municipais, perdendo a oportunidade de customizar o plano de acordo com a realidade municipal, o que os faz reféns de decisões e de recursos externos para subsidiar a saúde, pois não possuem capacidades necessárias para traçar estratégias. Acrescenta-se pela literatura segundo Reuter, Santos, Bottega & Roesse (2017) que municípios em seu planejamento em saúde devem atender ao máximo possível a realidade da população com abrangência regional, adaptada aos recursos financeiros disponíveis e estejam amparados por planos municipais de saúde.

Observou-se, porém, que os municípios do caso II atenderam ao mínimo exigido pela legislação quanto a elaboração do PMS, com maior especificação da análise situacional. Categorias como - Gestão do trabalho e da educação, redes de atenção à saúde e estrutura do sistema de saúde – tiveram maior preenchimento no PMS. Segundo Ferreira (2018) a realidade mostra que teoria e prática não possuem uma relação coerente. No entanto, estas categorias denotam maior ganho de capacidades por estes municípios, demonstrando um avanço no atendimento a legislação das categorias analisadas com maior compreensão do PMS, contrariando Pereira (2020) que acredita que pequenos municípios não levam em consideração o conhecimento da realidade de saúde das comunidades, prejudicando a gestão municipal por ser um fator determinante na tomada de decisão.

Pela análise desse estudo foi possível verificar também que os municípios apresentaram falhas no atendimento a categoria – ato do conselho de saúde – pois não apresentaram informações específicas desta categoria. Os relatórios devem ser encaminhados ao conselho municipal de saúde para apreciação e aprovação, o não envio e não atendimento normativo desta categoria, escancara a baixa capacidade com uma relação inadequada destes com o controle social. Estes fatos permitiram identificar pouca



ou nenhuma capacidade conforme Gomide, Pereira & Machado (2017) de mecanismos e interação das burocracias do executivo com atores do sistema político-representativo dos municípios das regiões.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central desse estudo foi descrever como o plano municipal de saúde pode ampliar as capacidades estatais dos pequenos municípios goianos. A obrigatoriedade na elaboração e acompanhamento do planejamento municipal em saúde demonstra a importância de cobrar dos pequenos municípios uma estrutura mínima de conteúdo destes instrumentos normativos pois são a base para elaboração de estratégias da gestão municipal.

Tendo em vista os dados apresentados esse estudo demonstrou que os municípios preenchem melhor as categorias básicas do que as que necessitam de análise situacional, sendo que são as categorias que compreendem a análise situacional que tem maior potencial de aumentar a capacidades destes municípios. Capacidades como - recursos humanos e tecnológicos – aumentariam mais a capacidade dos municípios analisados, no entanto, ficam mais esquecidas porque é preciso um maior detalhamento da realidade do município e quando não se refere a realidade municipal fica mais difícil o preenchimento consequentemente de evidenciar as ações realizadas.

Um segundo achado importante é o fato de que estes municípios também apresentam falhas no atendimento do – ato do conselho de saúde – pois não apresentaram informações sobre os relatórios que deveriam ser enviados ao conselho municipal de saúde para apreciação e aprovação, isto escancara a baixa capacidade destes municípios quanto ao atendimento a mecanismos de interação das burocracias do executivo com atores do sistema político-representativo, uma vez que os atores envolvidos são peças fundamentais para a continuidade e qualidade dos serviços ofertados no município, o não atendimento a legislação quanto ao envio do PMS demonstra uma relação inadequada destes com o controle social.

Ao descrever como os municípios tem elaborado os seus planos municipais de saúde este estudo tenta aproximar a teoria da prática e descrever a importância de um planejamento focado na realidade da população, com especificações dos recursos financeiros reais e disponíveis. Esta análise detalhada contribui diretamente para

realização de um planejamento com vistas ao ganho de capacidades destes municípios na implementação de políticas locais a serem adotadas pelos gestores municipais.

Assim, a presente pesquisa limitou-se aos estudos do plano de saúde municipal do período 2014-2017, quando ainda havia a obrigatoriedade de utilizar o SARGSUS como canal de auxílio e disponibilização dos instrumentos de planejamento. A descontinuidade do sistema e a dificuldade de acesso ao atual sistema do Digisus inviabilizou a utilização de dados mais recentes. Portanto, como, em estudos na área da Administração, este estudo leva a contribuir diretamente com as políticas locais, sugerimos então, como solução prática o oferecimento de cursos focados no preenchimento dessas dimensões.

## REFERÊNCIAS

Abrucio, F. L. (2005). A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, (24), 41-67.

Araújo, C. E. L., Gonçalves, G. Q., & Machado, J. A. (2017). Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 953-963.

Arcari, J. M., Barros, A. P. D., Rosa, R. D. S., Marchi, R. D., & Martins, A. B. (2020). Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 407-420.

Arretche, M. (2012). Democracia, federalismo e centralização no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Brambor, T., Goenaga, A., Lindvall, J., & Teorell, J. (2020). A configuração da terra: capacidade de informação e o estado moderno. *Estudos Políticos Comparativos*, 53 (2), 175-213.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, 2016. (Série Articulação Interfederativa, v. 4)

Cardoso, A. L. R., & Marengo, A. (2019). Qualidade Burocrática e Performance Estatal: desvendando a caixa preta do município. *Administração Pública e Gestão Social*, 11(4), 1-23.

Cingolani, L. (2013). The State of State Capacity: a review of concepts, evidence and measures. UNU-MERIT Working Papers, (053).

Demarco, D. J., Papi, L. P., & Lima, L. L. (2021). Planejamento municipal: institucionalidade, capacidades estatais e propostas de fortalecimento. *Boletim de Análise Político-Institucional-IPEA*, 69-77.

El-Taliawi, O. G., & Van Der Wal, Z. (2019). Developing administrative capacity: An agenda for research and practice. *Policy Design and Practice*, 2(3), 243-257.

Farias, P. C. D., & Brito, R. S. (2020). Gestão estratégica: uma análise do plano municipal de saúde do Sítio Novo do Tocantins. *Revista Extensão*, 4(2), 80-89.

Flôres, G. M. D. S., Weigelt, L. D., Rezende, M. S. D., Telles, R., & Krug, S. B. F. (2018). Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 42, 237-247.

Fuginami, C. N., Colussi, C. F., & Ortiga, A. M. B. (2020). Analysis of management tools elaborated by the Municipal Health Departments of Santa Catarina from 2014 to 2017. *Saúde em Debate*, 44, 857-870.

Instituto Mauro Borges. Perfil Competitivo das Regiões de Planejamento do Estado de Goiás. Goiás, 2010. (Estudos do IMB). Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/anexos/2011-4/f40892f24f7def77a05e7bce682943ff.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021

Plano diretor de regionalização. Secretaria Estadual da Saúde. Superintendência de Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde. PDR Goiás 2014. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br>. Acesso em: 16 ago. 2021

Gomide, A. D. Á., Pereira, A. K., & Machado, R. (2017). Apresentação-O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica. *Sociedade e Cultura*, 20(1).

Gomide, A. D. Á., & Pereira, A. K. (2018). Capacidades estatais para políticas de infraestrutura no Brasil contemporâneo. *Revista de administração pública*, 52, 935-955.

Grin, E. J. (2021). O verso e o reverso da cooperação federativa e da difusão vertical de políticas para promover capacidade estatal nos municípios brasileiros. *Administração Pública e Gestão Social*.13(2).

Grin, E. J., & Abrucio, F. L. (2018). Quando nem todas as rotas de cooperação intergovernamental levam ao mesmo caminho: arranjos federativos no Brasil para promover capacidades estatais municipais. *Revista do Serviço Público*, 69, 85-122.

Grin, E. J., do Nascimento, A. B., Abrucio, F. L., & Fernandes, A. S. (2018). Sobre desconexões e hiatos: uma análise de capacidades estatais e finanças públicas em municípios brasileiros. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 23(76).

Hanson, J. K., & Sigman, R. (2021). Leviathan's latent dimensions: Measuring state capacity for comparative political research. *The Journal of Politics*, 83(4), 1495-1510.

Kruger, T. R. (2020). Participação e planejamento no sus: considerações a partir dos planos nacionais de saúde. *Revista Sociais e Humanas*, 33(3).

Lima, L. L., Lui, L., Biasi Ruiz, K. P., Dias, G. V. R. S., Papi, L. P., & Demarco, D. J. (2020). Plano Plurianual como proxy para medir capacidades estatais: um estudo sobre o planejamento governamental nos municípios da região metropolitana de Porto Alegre. urbe. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 12.

Marenco, A. (2017). Burocracias profissionais ampliam capacidade estatal para implementar políticas? Governos, burocratas e legislação em municípios brasileiros. *Dados*, 60, 1025-1058.

Marenco, A., Strohschoen, M. T. B., & Joner, W. (2017). Capacidade estatal, burocracia e tributação nos municípios brasileiros. *Revista de Sociologia e Política*, 25, 03-21.

Maximiano, A. C. A. (2017). Introdução à administração. In *Introdução à administração*. São Paulo, SP: Atlas.

Nogueira, K. W. A. (2020). Administração política da saúde: uma análise das ações na cidade de campina grande, paraíba. *Revista Sociais e Humanas*, 33(1).

Oliveira, B. C. (2018). Federalism and municipalismo in the political trajectory of brazil. *Mercator* (Fortaleza), 17.

Oliveira, L. R. D., & Passador, C. S. (2019). Theoretical essay on public policy evaluations. *Cadernos EBAPE. BR*, 17, 324-337.

Papi, LP e Hamerski, B. (2021). Capacidades estatais para a implementação de políticas públicas: uma abordagem sobre o planejamento no campo da saúde no município de Porto Alegre. *Revista Estudos de Planejamento*, (15).

Pessoa, D. L. R., Ramos, A. S. M. B., Dias, A. M. C., de Souza, I. B. J., Rêgo, A. S., & Gonzaga, L. D. J. B. (2020). Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 3413-3433.

Ravioli, A. F., Soárez, P. C. D., & Scheffer, M. C. (2018). Health services management modalities in the Brazilian Unified National Health System: a narrative review of research production in Public Health (2005-2016). *Cadernos de saude publica*, 34.

Reuter, C. L. O., Santos, V. C. F. D., Bottega, C. G., & Roese, A. (2017). Práticas de monitoramento na gestão municipal em saúde e sua interface com a enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37.

Santos, A. M. S. P. (2011). Autonomia municipal no contexto federativo brasileiro. *Revista Paranaense de Desenvolvimento*, (120), 209-230.

Sátyro, N. G. D., Cunha, E. S. M., & Campos, J. (2016). Análise espacial da burocracia da assistência social nos municípios brasileiros: notas para uma reflexão sobre a capacidade de implementação dessa política. *Opinião Pública*, 22, 286-317.