

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

GUILHERME DE SOUSA MATOS

**MOSAICOS DE PLANEJAMENTO: desafios à compatibilização entre o
planejamento setorial da saúde e o planejamento governamental em Minas
Gerais**

Belo Horizonte
2024

GUILHERME DE SOUSA MATOS

**MOSAICOS DE PLANEJAMENTO: desafios à compatibilização entre o
planejamento setorial da saúde e o planejamento governamental em Minas
Gerais**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em 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.
Orientador: Prof. Dr. Mauro César da Silveira

Belo Horizonte

2024

M433m

Matos, Guilherme de Sousa.

Mosaicos de planejamento: desafios à compatibilização entre o planejamento setorial da saúde e o planejamento governamental em Minas Gerais / Guilherme de Sousa Matos. – Belo Horizonte, 2024. 127 f ; il.

Trabalho de conclusão de Curso (Bacharel em Administração Pública) - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, 2024.

Orientador: Prof. Dr. Mauro César da Silveira.

Bibliografia: f. 121-127

1. Administração da saúde pública. 2. Planejamento de saúde – Minas Gerais. 3. Planejamento estratégico. 4. Política governamental. I. Silveira, Mauro César da. II. Título.

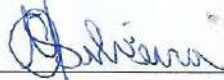
CDU 614:35(815.1)

Guilherme De Sousa Matos

Mosaicos de planejamento: desafios à compatibilização entre o planejamento setorial da saúde e o planejamento governamental em Minas Gerais

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


Aprovado na Banca Examinadora



Professor Orientador Mauro César da Silveira – Fundação João Pinheiro / FJP



Professor Avaliador Bruno Lazzarotti Diniz Costa – Fundação João Pinheiro / FJP



Professora Avaliadora Danielle Ramos de Miranda Pereira – Fundação João Pinheiro / FJP

Belo Horizonte, 25 de novembro de 2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, enfermeira e defensora incansável do Sistema Único de Saúde, trabalhadora da Atenção Primária, onde a verdadeira transformação começa. Ela é a força que acolhe, a mão que alivia, o coração que se dedica.

A todos os profissionais e gestores de saúde que, assim como você, constroem e lutam todos os dias pelo SUS, com a certeza de que a saúde pública e coletiva é um direito de todos, sem exceção. A sua jornada é um reflexo da coragem e da esperança que, em cada canto do Brasil, impulsionam o SUS a ser não só um sistema de saúde, mas um projeto de justiça, equidade e cidadania.

Que o seu exemplo de dedicação, de humanização e de luta inspire gerações, pois, no cuidado com o outro, reside a verdadeira grandeza de quem transforma realidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente aos meus familiares, que, com sua paciência, amor e apoio incondicional, cuidaram de mim enquanto eu me dedicava à elaboração deste trabalho. Sem o amparo e a compreensão de cada um de vocês, essa jornada seria muito mais difícil.

Aos meus colegas de trabalho, cuja inspiração, orientação e discussões enriquecedoras foram fundamentais para a ideia e realização deste trabalho, meu sincero agradecimento. À equipe da Assessoria Estratégica, em nome de Felipe, Arthur, Clara, Isaac, Lilia, Maria Laura, Mariella e Paloma por estarem sempre presentes, compartilhando conhecimentos e impulsionando este projeto com suas experiências e perspectivas. Como já compartilhei com vocês em outros momentos, ver a dedicação e vontade que levam para o trabalho todos os dias não poderia produzir algo diferente em mim do que a paixão por fazer e sonhar saúde pública.

Ao meu orientador, Mauro, por sua dedicação, paciência e pelas orientações precisas que me guiaram ao longo deste processo. Agradeço pelo incentivo constante e por me desafiar a ir além, explorando novas formas de pensamento e abordagem. Sou grato, inclusive, por todos os momentos que precisou me contradizer, instigar e despertar, foi engrandecedor pesquisar com você.

À todos os meus demais professores de graduação, aqui em nome do Bruno Magalhães e Marina Amorim, que, com seus conhecimentos e ora por seus cuidados e sensibilidade, contribuíram imensamente para a construção desse trabalho, seja nas reflexões, seja no compartilhamento de ideias e experiências que tanto me enriquecem.

Por fim, aos meus colegas do XLIII CSAP, que compartilharam comigo as dificuldades, as vitórias e, principalmente, o aprendizado ao longo dessa jornada. A experiência coletiva foi essencial para minha formação e a concretização deste trabalho.

A todos vocês, meu agradecimento eterno por contribuírem, de maneira direta ou indireta, para o desenvolvimento de minha pesquisa e para o meu crescimento acadêmico, profissional e humano

RESUMO

A pesquisa abordou a multiplicidade e coexistência entre diversos instrumentos de gestão no âmbito da saúde em Minas Gerais, bem como o processo de elaboração do planejamento e de construção da estratégia da pasta de forma compatibilizada e coerente entre os diversos planos. Dessa forma, buscou-se levantar a legislação acerca desse processo, identificar os atores e suas percepções acerca do fenômeno estudado, bem como compreender as consequências geradas pelo grau de compatibilização identificado no cenário atual. Para tanto, utilizou-se do método indutivo, Grounded Theory, a fim de criar uma teoria substantiva capaz de evidenciar os desafios à compatibilização entre o planejamento setorial da saúde e o planejamento governamental em Minas Gerais.

Palavras-chave: estratégia; planejamento governamental; planejamento em saúde; compatibilização.

ABSTRACT

The research addressed the multiplicity and coexistence between different management instruments in the context of health in Minas Gerais, focusing on the process of preparing planning and building the department's strategy in a compatible and coherent way between the different plans. In this way, we sought to raise the legislation on this process, identify the actors and their perceptions about the predictions studied, as well as understand the consequences generated by the degree of compatibility identified in the current scenario. To this end, the inductive method, Grounded Theory, was used in order to create a substantive theory capable of highlighting the challenges of compatibility between health sector planning and government planning in Minas Gerais.

Keywords: strategy; government planning; health planning; compatibility.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Os Três Pilares da Instituição.....	29
Quadro 2: Entrevistados e seus respectivos grupos de atuação.....	43
Quadro 3: Categorias iniciais resultantes da codificação aberta.....	44
Quadro 4: Categorias e subcategorias resultantes da codificação axial.....	45
Quadro 5: Categorias e subcategorias finais resultantes da codificação seletiva....	46
Quadro 6: Mapa Estratégico 2024-2026 da Secretaria de Estado de Saúde.....	69
Quadro 7: Relação entre diretrizes estratégicas do PMDI e objetivos estratégicos do planejamento estratégico.....	71
Quadro 8: Relação entre programas e objetivos da atenção ambulatorial especializada e redes prioritárias.....	84
Quadro 9: Principais atividades desempenhadas pelas secretarias meio de governo no âmbito do processo de elaboração dos instrumentos de gestão segundo a visão dos entrevistados.....	90
Quadro 10: Metas dos indicadores presente no PMDI nos instrumentos de planejamento de longo e médio prazo.....	104

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Proposição de Mintzberg acerca das possibilidades de estratégia.....	18
Figura 2: Planejamento governamental: relação entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual.....	39
Figura 3: Processo de criação de teoria fundamentada em dados, segundo a metodologia Grounded Theory.....	48
Figura 4: Síntese da estrutura e conteúdos do PMDI 2019-2030 para a área da saúde.....	57
Figura 5: Relação de abrangência entre os instrumentos de gestão.....	75
Figura 6: Rede de atores envolvidos nos processos de planejamento governamental e setorial.....	78
Figura 7: Os processos de planejamento em saúde suas redes de atores múltiplos e arenas distintas.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEST - Assessoria Estratégica

ALMG - Assembleia Legislativa de Minas Gerais

ASPAR - Assessoria de Parcerias em Saúde

CEP - Comitês de Ética em Pesquisa

CES-MG - Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

Cieges-MG - Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão Estadual do SUS em Minas Gerais

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

Conass - Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde

Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conep - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CNS - Conferência Nacional de Saúde

Cosems - Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DPO - Diretoria de Planejamento e Orçamento

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FES - Fundo Estadual de Saúde

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial

IAG - Indicador de Ação Estratégica

ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

LCP - Lei Complementar

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NT - Nota Técnica

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PAS - Programação Anual de Saúde

PE - Planejamento Estratégico

PES - Plano Estadual de Saúde

PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do SUS

PMDI - Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PPAG - Plano Plurianual de Ação Governamental

RAG - Relatório Anual de Gestão

RDQA - Relatório do Quadrimestre Anterior

SCC - Secretaria de Estado da Casa Civil de Minas Gerais

SUS - Sistema Único de Saúde

Segov - Secretaria de Estado de Governo de Minas Gerais

Seplag - Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais

SES-MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIGPlan - Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCE - Tribunal de Contas do Estado

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPG - Unidade de Programação do Gasto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. O PANO DE FUNDO DAS ESTRUTURAS ESTRATÉGICAS: um olhar sobre a teoria.....	17
2.1. A estratégia sob a influência de fatores organizacionais.....	19
2.1.1. Poder, escolha e racionalidade limitada.....	21
2.1.2. A influência do campo organizacional.....	25
2.2. Planejamento em governo.....	30
2.3. Planejamento no Sistema Único de Saúde.....	34
2.4. Planejamento setorial, planejamento governamental e a compatibilização... 38	
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
4. ESTUDO DE CASO.....	48
4.1. Entre leis e pragmatismo: o planejamento normativo na realidade.....	48
4.1.1. Do Plano Mineiro ao Plano de Governo.....	49
4.1.2. Do Plano Estadual de Saúde.....	61
4.1.3. Do Plano Plurianual de Ação Governamental.....	66
4.1.4. Do Planejamento Estratégico.....	68
4.2. Planejando em rede: a polifonia de atores no planejamento mineiro.....	77
4.2.1. Os técnicos.....	79
4.2.2. A alta gestão.....	85
4.2.3. Entre os técnicos e a alta gestão: as equipes de condução metodológica.....	86
4.2.4. As secretarias meio e o nível geral de governo.....	90
4.2.5. Uma rede de atores múltiplos.....	95
4.3. Negociação e conflito nas arenas governamentais.....	97
4.3.1. A Assembleia Legislativa de Minas Gerais.....	99
4.3.2. Conselho Estadual de Saúde.....	103
4.4. Cenários e perspectivas: a análise do ambiente organizacional.....	110
4.5. Labirintos de coordenação: a natureza seletiva da priorização na estratégia 114	
5. Considerações Finais.....	119
REFERÊNCIAS.....	123

1. INTRODUÇÃO

Com o advento da Constituição Federal de 1988, os princípios referentes à saúde ganham um capítulo inteiro sob o tema da Seguridade Social. Desde a Carta Magna, os direcionamentos constitucionais apontavam para uma seguridade social que compreenda “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988, art. 194) e que deveria seguir os objetivos de universalidade, uniformidade, equivalência, seletividade, distributividade, irredutibilidade, equidade, diversidade de financiamento e caráter democrático e descentralizado com participação da comunidade (Brasil, 1988, art. 194).

Esse conjunto de diretrizes e objetivos ganhou contornos reais e solução para sua execução sob a forma de um Sistema Único de Saúde por meio da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) ou, como popularmente conhecida, Lei do SUS. Neste texto legislativo complexo e amplo, descreveu-se um formato para o sistema de atenção à saúde em que relacionam-se instituições geradoras de recursos, uma população e instituições prestadoras de serviços, todas elas mediadas por um ator coletivo, o Estado (Mendes, 2024). Dentre esses papéis regulatórios e mediativos do Estado no âmbito do sistema de atenção à saúde como desenvolvido no Brasil, cabe citar:

a condução política e o planejamento estratégico, a contratualização dos serviços, a avaliação tecnológica em saúde, a avaliação econômica dos serviços de saúde, o sistema de acesso regulado à atenção, o desenvolvimento de recursos humanos, a normalização dos processos de trabalho, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a auditoria em saúde, a vigilância em saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico (Mendes, 2002 *apud* Mendes, 2019, p. 205).

Para tanto, Mendes (2019) esclarece que nenhum dos atores, população, prestadores de serviço, geradores de recurso e Estado, atuam isoladamente, tampouco são homogêneos internamente. Como exemplo, dentre os prestadores é possível notar três grandes grupos, instituições filantrópicas, organizações privadas e entidades públicas, que divergem em termos de interesses e posicionamentos. Como efeito, fez-se necessário elaborar uma complexa forma de organização, coordenação, planejamento e monitoramento internos ao Estado, para que esse possa exercer sua função de gestão do sistema de atenção à saúde.

Nesse sentido, o planejamento estratégico se torna uma atividade essencial ao Sistema Único de Saúde que reitera a coordenação, a unidade e a visão sistêmica como pilares fundamentadores da sua estruturação. Diante desse contexto, o planejamento setorial da saúde no Brasil, que deve dialogar com o planejamento governamental mais amplo, enfrenta barreiras na integração com os instrumentos orçamentários e com as políticas de desenvolvimento estadual. Este trabalho emerge sob a proposta de **compreender os principais desafios que dificultam a compatibilização dos planos setoriais da saúde aos planos governamentais durante suas elaborações no estado de Minas Gerais.**

Em decorrência desta questão principal, alguns objetivos secundários foram suscitados: levantar, ler, sistematizar e analisar a legislação acerca do planejamento governamental e do planejamento do SUS com enfoque na compatibilização entre si; identificar os participantes envolvidos no processo de elaboração dos planos e procurar entender como os atores envolvidos no processo de elaboração dos planos percebem o fenômeno da compatibilização; e identificar quais as consequências mais sentidas pelos atores do menor grau de compatibilização entre instrumentos.

De antemão, devido a amplitude do processo de planejamento fez-se necessário recortá-lo para fins dessa pesquisa. Dessa forma, o trabalho aqui pretendido será detido pelo processo de elaboração do planejamento, o que significa excluir de seu escopo uma segunda parte desse processo, o monitoramento e avaliação do planejamento. Em termos práticos, esse trabalho não buscará compreender o processo de produção, apresentação e significação de instrumentos como o Relatório Anual de Gestão (RAG), os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA), os Relatórios do Sigplan e os Relatório enviados ao Tribunal de Contas do Estado (TCE), que são parte integrante do fluxo de planejamento governamental e da saúde.

Cabe ressaltar, também, que a compatibilização ou, ainda, o fluxo de elaboração de planos guarda especificidades e funcionamentos diferentes entre as três esferas de governo e entre os estados. Como efeito, tem-se que a metodologia aplicada para este caso ou sobre conhecimentos e dinâmicas relativas a uma localidade, na maioria das vezes, guardará ressalvas e conexões profundas daquele espaço. Portanto, primeiramente optou-se por destacar o recorte mineiro para essa discussão, movido também pela acessibilidade de dados e informações por parte do pesquisador. Em um segundo momento, optou-se por realizar uma escolha

metodológica suficiente a capacidade de lidar com uma pesquisa que respeitasse as especificidades da localidade estudada.

Para tanto, será utilizada a metodologia *Grounded Theory*, em sua versão straussiana, que tem como produto uma teoria substantiva, ou seja, uma teoria específica para determinado grupo ou situação e que não visa generalizar além da sua área substantiva. Para a coleta dos dados a serem analisados na execução deste projeto de pesquisa serão utilizadas ainda a pesquisa documental e a entrevista semi-estruturada, como ferramentas de interação com o objeto de pesquisa, como será melhor desenvolvido em capítulo próprio.

A pesquisa disposta neste trabalho vai de encontro a uma lacuna acadêmica identificada durante seu desenho. A escassez de estudos que abordem a compatibilização entre planejamento setorial e governamental foi sinalizada durante um levantamento preliminar realizado no portal de trabalhos acadêmicos *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), em que inseriu-se as sentenças “planejamento setorial da saúde” e “planejamento em saúde” no campo de pesquisa. Na oportunidade, verificou-se que as palavras chave mais comuns¹, depois do próprio planejamento em saúde e seus sinônimos, foram “avaliação em saúde”, “planejamento familiar”; “regionalização”. Essas preocupações de primeira ordem nos estudos já existentes subordinam a compatibilização a pequenos parágrafos que resumem essa atividade à garantia de transposição dos planos setoriais nas peças orçamentárias, a fim de assegurar seu funcionamento, empobrecendo uma perspectiva mais completa sobre o planejamento governamental e suas possibilidades. Durante o levantamento, a palavra compatibilização não foi encontrada entre as palavras-chaves, e entre as sentenças que compõem os títulos dos artigos, ela estava presente em apenas um artigo *Avaliabilidade da compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde* (Araujo et al, 2018).

Do ponto de vista prático, gestores do setor de saúde frequentemente enfrentam dificuldades na articulação entre os objetivos do SUS e as diretrizes mais

¹ O levantamento foi realizado no Portal SciELO, inserindo “planejamento setorial da saúde” e, “planejamento em saúde” no campo de pesquisa. Nos casos em que os resultados encontrados superaram 40 artigos, foram analisadas apenas as palavras-chaves existentes até no 40º artigo, segundo a ordem de relevância dada pelo próprio filtro do portal. Para aqueles artigos cujo título e palavras-chaves apenas estavam disponíveis em língua inglesa, foi utilizado a tradução resultante da inserção do conteúdo no site *Google Tradutor*.

amplas do governo estadual, o que impacta a eficácia das políticas públicas de saúde e a eficiência na alocação de recursos. Legalmente, a temática a ser discutida nas próximas páginas desponta em razão da necessidade de cumprimento de legislações que determinam a integração entre os planos de saúde e os demais instrumentos, inclusive orçamentários, do Estado sob a pretensão de garantir a correta execução dos objetivos de aprimoramento do cuidado em saúde pelo SUS.

Buscou-se ao longo deste trabalho explorar o papel das normas legais, a percepção dos atores envolvidos no processo de elaboração dos planos e as consequências práticas de uma baixa compatibilização para a execução das políticas de saúde, por meio do método indutivo, Grounded Theory. Ou seja, reuniu-se o trabalho de coleta de dados, codificação, análise e refino, a fim de criar uma teoria substantiva capaz de explicar no caso trabalhado os desafios da compatibilização esperada pela legislação.

Esses objetivos orientaram a estrutura do trabalho, que se divide em capítulos que abordam desde a fundamentação teórica até a análise dos dados coletados. Inicialmente, são apresentadas as noções basilares de estratégia e seu papel na efetividade das políticas públicas, como um elemento que resume a pretensão de compatibilização e os conteúdos dos planos. Caminhando para uma análise da teoria que complexifica a realização da estratégia, incorporou-se estudos sociológicos das organizações, das relações de poder, dos campos organizacionais, mas também uma análise do planejamento governamental e do sistema de planejamento do SUS.

Em seguida, o capítulo metodológico discute os caminhos para alcance dos objetivos listados. Realiza-se nesse capítulo alguns importantes recortes temáticos e de participantes e reafirma-se o compromisso deste trabalho com a ética em pesquisa. São colocados ao longo da explicação da Grounded Theory os códigos e suas relações de subordinação que evidenciam empiricamente as barreiras para a integração entre os planos.

Este trabalho desenvolveu um estudo de caso focado na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e na complexa relação entre o planejamento setorial da saúde e o planejamento governamental estadual. A SES-MG enfrenta o desafio de articular suas estratégias e metas específicas com o planejamento governamental mais amplo, incluindo de um lado instrumentos como o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), o Plano Plurianual de Ação

Governamental (PPAG), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) e de outro lado o Plano Estadual de Saúde (PES), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Planejamento Estratégico interno (PE). O caso de Minas Gerais oferece uma oportunidade ímpar para explorar as barreiras e tensões que surgem quando um setor essencial como a saúde precisa alinhar-se às demandas, prazos e diretrizes governamentais, ao mesmo tempo que cumpre sua função de atender às especificidades da população e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse alinhamento revela-se especialmente desafiador pela coexistência de finalidades, abrangências, normas e prazos distintos para os instrumentos de planejamento de saúde e os instrumentos gerais, o que pode levar a conflitos institucionais e comprometer a execução das políticas.

A análise da SES-MG permitiu investigar como múltiplos atores, desde técnicos, gestores e secretarias parceiras até a alta gestão, interagem para tentar harmonizar diretrizes e interesses distintos. O estudo examinou como o diálogo entre esses atores e as estruturas de governança afetam a compatibilização entre o planejamento setorial da saúde e as estratégias de governo. Com isso, o estudo buscou identificar os desafios, as negociações e as concessões que permeiam essa articulação, trazendo à tona as limitações e potencialidades da estrutura atual de planejamento em saúde no contexto mineiro. Em última análise, o estudo de caso visou fornecer uma análise crítica das práticas e das normativas vigentes, contribuindo para a compreensão dos entraves que dificultam uma integração mais efetiva entre o planejamento setorial de saúde e o planejamento governamental.

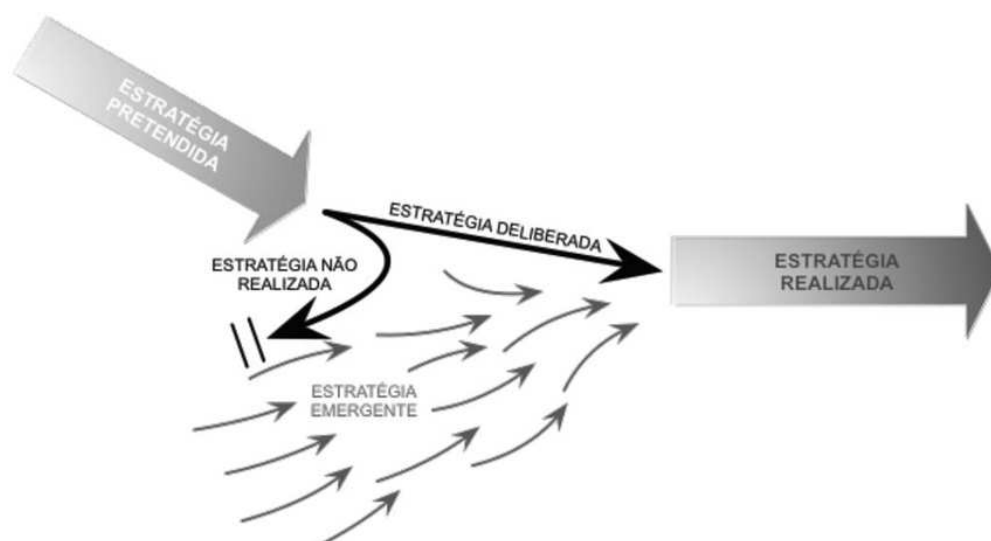
2. O PANO DE FUNDO DAS ESTRUTURAS ESTRATÉGICAS: um olhar sobre a teoria

O planejamento enquanto objeto desta pesquisa se insere em um contexto mais amplo. Mintzberg (2004), por exemplo, ressalta o planejamento como uma parte da estratégica, chamando-a de estratégia pretendida. Reforçando, inclusive, que os planos são uma parte ainda menor do que se pode chamar de planejamento.

De maneira mais detida, em uma crítica aos estudos acerca da estratégia existentes até então, Mintzberg (2004), dialeticamente, contrapõe definições comuns dadas a essa expressão, para alcançar os seus significados. Esse autor parte de uma das visões comuns, estratégia como um plano, ou seja, como uma direção ou

caminho, em contraponto à estratégia como um padrão, visão que a considera como consistência de comportamento, para elaborar um modelo de estratégia que se divide em estratégia pretendida, que acaba por se realizar ou não e a estratégia emergente, aquela resultante de tomada de decisões em certa medida incrementais mas que vão assegurando um caminho mais vantajoso. Tais formas de estratégia propostas por esse pensador podem ser observadas na figura à seguir:

Figura 1: Proposição de Mintzberg acerca das possibilidades de estratégia.



Fonte: Mintzberg, 2004, p. 35.

Contudo, Mintzberg (2004) vai além e coloca em contraponto duas outras grandes definições atribuídas a palavra estratégia, agora por outros autores, Porter (1980, 1985) e Drucker (1995) respectivamente, sendo estratégia como a definição de uma posição, ou seja, estratégia como um olhar para baixo e para fora e estratégia como perspectiva, que possui um olhar para dentro. Fato é que Mintzberg (2004) ressalta que são necessárias ambas as definições, ressaltando que uma posição só pode ser bem escolhida à luz de uma perspectiva bem orientada, assim como disposto no parágrafo acima, parte da estratégia pode ser, sim, formulada *a priori*, mas a estratégia vai além disso, sendo também formada durante o processo e em relação ao contexto.

Neste sentido, a elaboração de planos tem sua razão de existir explicado por Jelinek (1979), quando em diálogo com Mintzberg (2004). Para esses autores o planejamento estratégico dá continuidade a revolução iniciada por Taylor (1990) e Fayol (1990), no início do século passado, quando esses propuseram a separação

do nível operacional daquele que pensa a organização, abrindo tempo para criação da estratégia, planejamento e política, uma vez que a rotina estava sistematizada. Da mesma forma, o planejamento estratégico seria uma forma sistematizada, que possibilita retirar o foco dos detalhes desta própria tarefa e conduzir o pensamento a algo novo, ao mesmo passo que viabiliza o aprendizado e aprimoramento de si mesmo (Jelinek, 1979 *apud* Mintzberg, 2004).

Todavia é importante destacar como, independente da compreensão, ou melhor, das compreensões que a palavra estratégia se encarrega, seu processo de elaboração não é simples ou de um desdobramento claro, definitivo e objetivo. Assim, apoiado nos escritos O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados, esta pesquisa parte da compreensão de que:

A formação de estratégia é projeto sensato, visão intuitiva e aprendizado emergente; é sobre transformação e também perpetuação; deve envolver cognição individual e interação social, cooperação e conflito; tem que incluir análise prévia e programação posterior, além de negociação durante; e tudo isso deve ser em resposta ao que pode ser um ambiente exigente (Mintzberg; Quinn, 2006).

Ou seja, a construção de um plano, por exemplo, sempre deve ser considerada um processo imbricado e complexo, em que imperam variáveis múltiplas mais ou menos subjetivas. É um processo no qual diretrizes políticas, valores, cultura organizacional e formas de gerenciamento impactam determinadas decisões estratégicas. Daí o provérbio utilizado por Mintzberg (2000) em que um homem cego agarrado a diferentes partes e fingindo entender o todo, jamais seria capaz de evidenciar o elefante por completo. Em semelhança, é somente combinando a interrelação entre as diferentes variáveis que imperam sobre o processo de elaboração dos planos e aceitando sua incapacidade de visualização deste todo, por mais detida que seja a análise, que qualquer estudo que se pretenda analisar uma construção de estratégia deve partir.

2.1. A estratégia sob a influência de fatores organizacionais

Nesse sentido, os estudos sociológicos contribuem para as pretensões deste trabalho à medida que investigam as organizações e a influência que pressões externas e internas têm sobre a estratégia e a ação organizacional. Como ponto de partida, pode-se compreender as organizações sob a perspectiva elaborada por

Lapassade (1983). Esse autor defende que as organizações são uma “coletividade instituída com vistas a objetivos definidos” (Lapassade, 1983, p. 101). Ou seja, está aqui subentendido que as organizações são construídas com vistas a seus objetivos, tendo como pretensão a produção de algo.

Entretanto, essa definição parece sugerir que é possível compreender as dinâmicas organizacionais por aquilo que as constituem formalmente, os objetivos organizacionais. Em contraponto, o conceito de organizações burocráticas desenvolvido por Merton (1968), lança bases para a defesa de que existem preocupações, como previsibilidade e controle, que atuam em detrimento da finalidade organizacional, ou seja, em detrimento da clássica transformação formal de *inputs* em *outputs*.

Dessa forma, problematiza-se as organizações como tidas por Weber (1994), em que essas estão postas a partir da especialização e impessoalidade, como um tipo ideal em que pouco ou quase nada é capaz de interferir na transformação dos meios em seus fins. Ou seja, Weber (1994) defende que as organizações são a maneira com a qual viabiliza-se a cooperação entre os indivíduos, de tal forma a criar ordem a partir da racionalidade e da burocracia que impera. Nesse sentido, Merton (1971) avança às constatações de Weber, todavia problematizando as disfunções da organização burocrática como limitadora da racionalidade.

Os principais méritos da burocracia para Merton (1971) são a eficiência técnica, por eliminar uma série de ações não-rationais, e a disponibilização de recursos e ferramentas aos agentes que nela atuam. Todavia, para esse autor é na própria pretensão de eficiência técnica, que se desdobram, paradoxalmente, uma série de desafios e ineficiências. A primeira dessas imperfeições é a chamada incapacidade treinada em que os treinamentos e habilidades desenvolvidos em uma conjuntura específica no passado, quando aplicados em outros contextos, se tornam ineficientes, devido à rigidez. Em segundo lugar, enfatiza-se a psicose ocupacional. Essa diz respeito às antipatias, discriminações, preferências e ênfases arbitrárias criadas pelos profissionais decorrente das rotinas diárias. Por último, a virtuosidade burocrática é o problema que ocorre na burocracia devido ao excesso de aplicação e presença das regras, que impede os funcionários de ajudar e personalizar seus serviços aos cidadãos (Merton, 1971).

Tudo isso decorre de uma lógica comum na visão do redator que é o entendimento que:

O processo pode ser abreviadamente recapitulado. (1) uma burocracia eficiente exige confiança de reação e estrita devoção aos regulamentos. (2) Tal devoção às regras conduz à sua transformação em absolutas; já não são concebidas como relativas a um conjunto de propósitos. (3) Isto interfere como a adaptação rápida, sob condições especiais não claramente visualizadas por aqueles que lançaram as regras gerais. (4) Assim, os mesmos elementos que favorecem a eficiência geral, produzem ineficiência em casos específicos. (MERTON, 1971)

Assim, Merton (1971) ainda que avançando com as ideias tradicionais clássicas da sociologia das organizações abre um diálogo que traz problematizações quanto às próprias ineficiências e limitações da burocracia.

2.1.1. Poder, escolha e racionalidade limitada

Em sucessão aos pensamentos clássicos, as enunciações feitas acerca da crítica à racionalidade absoluta configurou uma das mais importantes contribuições da sociologia, atuando para a redução da expectativa de simplicidade e previsibilidade que vigorava acerca das relações humanas. Esses estudos deram origem às compreensões e ao novo paradigma teórico lançado por J. March e H. Simon (1958). Para esses autores a racionalidade humana opera de maneira limitada, contradizendo o modelo econômico clássico.

As decisões humanas nessa perspectiva, estão condicionadas às experiências passadas e a seleção de informações feita pelos indivíduos, dada a impossibilidade desses de se fazer um cálculo a partir de todas as variáveis envolvidas. Para March e Simon (1958), as organizações, metaforicamente, são semelhantes às pessoas humanas, também se configurando como sistemas comportamentais que agem sob normas de racionalidade, ou seja, buscando rotinização, previsibilidade e estabilidade. A rotina nas organizações é construída como uma forma de os atores simplificarem o processo de escolha imperfeito, visando resultados satisfatórios sob conhecimento limitado.

Sendo assim, aqui está a implicação prática que o funcionamento das organizações impõem sobre a estratégia. Como já exposto, a elaboração de estratégias e planos envolvem essencialmente a escolha e seleção, dessa forma, as decisões a serem realizadas para conformação da estratégia precisam ser

compreendidas sobre a perspectiva de que serão sempre análises parciais, advindas de uma racionalidade limitada. Como coloca Simon (1957), decisão é um processo imperfeito, contínuo e inacabado, se adequando a um conjunto de consequências antecipadas ou não.

Com a acumulação desses conhecimentos e discussões críticas a partir de 1955-60, os problemas de poder começaram a ocupar uma posição central nos estudos sobre organizações. Uma nova onda de pesquisas sobre o poder, embora não tenha eliminado as simplificações anteriores, baseou-se na rejeição do racionalismo clássico e do movimento das relações humanas, resultando em constatações mais abrangentes. Crozier (1981) argumenta que, como não é possível coordenar as atividades humanas dentro de uma organização utilizando apenas estímulos econômicos ou ideológicos, então é necessário considerar os fenômenos de poder. Por outro lado, por não ser viável estabelecer uma correlação perfeita entre produtividade e satisfação pessoal dos membros da organização, apenas por meio de um sistema de comando permissivo, novamente necessita-se de estudar os problemas de poder.

Dessa forma, Crozier (1971) defende que as lógicas anteriores a esses pensamentos contemporâneos apresentavam limitações práticas semelhantes, coexistindo em uma perspectiva dialética. Ele propõe reconhecer a justaposição de duas racionalidades distintas: a racionalidade técnica e a das relações humanas. Esse ecletismo, embora incapaz de resolver contradições, é fundamental para a compreensão das organizações, ajudando a superar o impasse entre essas duas racionalidades. Crozier conclui que "existe cálculo racional em todos os níveis dos sentimentos humanos, e existe limitação e constrangimento de ordem afetiva em todas as decisões, mesmo nas mais técnicas" (Crozier, 1981, p. 220). Assim, compreender as organizações modernas exige uma abordagem que afaste as simplificações prejudiciais, colocando a análise dos problemas de poder no centro da discussão.

As contribuições das teorias de Simon (1957) resultam em análise importante de Crozier (1981). Para esse autor, dado que os atores estão a contentar-se com soluções satisfatórias, selecionadas sob critérios particularistas, não há consensos sobre o único melhor caminho para as decisões nas organizações. Sabendo disso, e somado à compreensão das hierarquias organizacionais, entende-se que a prática da conciliação é necessária em todos os

níveis da organização, a fim de estabelecer consensos a partir de exigências e concessões, sob o risco de que a organização perca sua eficácia.

Mais detidamente, segundo Crozier (1981), as organizações devem ser compreendidas como espaços de interação contínua entre indivíduos e grupos, que atuam para maximizar seus benefícios pessoais dentro das regras estabelecidas. Ele propõe uma visão na qual cada grupo dentro de uma organização busca obter vantagens que não são somente materiais, mas também de prestígio e poder. Em contrapartida ao modelo tradicional de burocracia, que prioriza a previsibilidade e a estabilidade, Crozier sugere que a incerteza desempenha um papel central na distribuição de poder. Como o autor explica, quanto mais uma tarefa permitir uma certa margem de incerteza, maior será a capacidade de um subordinado de exercer poder discricionário, garantindo, assim, uma posição de influência (Crozier, 1981, p. 236).

A visão de Crozier (1981) é essencial para compreender como a burocracia, apesar de ser projetada para ser uma máquina racional, torna-se um ambiente de disputa contínua por poder, onde as negociações e a cooperação são condicionadas pelas possibilidades de cada grupo manipular a incerteza a seu favor. Esse entendimento leva à conclusão de que a implementação de mudanças em uma organização burocrática depende do equilíbrio entre os interesses dos diferentes grupos e do papel da direção em arbitrar tais interesses, mantendo o equilíbrio organizacional.

O formalismo burocrático, tratado por Merton (1957) e Guerreiro Ramos (1966), também desempenha um papel significativo na discussão sobre o poder nas organizações. Para Merton, o formalismo surge como uma "incapacidade treinada", onde a adesão estrita às regras resulta na aplicação irracional das normas, muitas vezes perdendo de vista os objetivos originais para os quais essas regras foram criadas. Esse fenômeno é visto como uma forma de resistência estrutural às mudanças, já que o cumprimento rigoroso das normas torna difícil a introdução de inovações (MERTON, 1957).

No contexto brasileiro, Guerreiro Ramos (1966) apresenta uma interpretação distinta ao sugerir que o formalismo é uma estratégia de mudança social. Ao contrário da visão patológica de Merton, Ramos defende que, em certas sociedades, o formalismo serve como uma ferramenta para promover transformações graduais, refletindo um traço estrutural de adaptação à complexidade social e econômica do

país. Essa visão está alinhada com os estudos de Riggs (1964), que define formalismo como a discrepância entre a conduta prática e as normas prescritas, destacando a falta de sanções para aqueles que desrespeitam as normas estabelecidas.

O processo de planejamento estratégico, em muitos contextos organizacionais, é visto como uma ferramenta para reduzir incertezas e definir uma direção clara para a organização. No entanto, Crozier (1981) argumenta que o planejamento estratégico pode ser interpretado como um "ritual" que cooptaria grupos de pressão mais fortes para participar da discussão da política e da estratégia organizacional. Esse processo, em vez de reduzir as incertezas, pode ampliar o poder do dirigente ao posicioná-lo como árbitro entre os diferentes interesses em jogo, consolidando um equilíbrio conflituoso entre as partes. Para Crozier, a manutenção da incerteza e a negociação constante são estratégias que fortalecem a posição de poder dos dirigentes, contrastando com a ideia de uma gestão completamente racional e previsível.

A análise de Crozier ressalta a importância do equilíbrio entre conflito e consenso dentro das organizações. Ele defende que, para atingir seus objetivos, é necessário um mínimo de consenso entre os grupos, embora a convivência entre eles seja permeada por negociações complexas e disputas por poder. Esse equilíbrio é descrito como uma condição estável, mas não isenta de conflitos, que impõem um grau de cooperação e compromisso entre as partes, garantindo que nenhum grupo possa exercer poder absoluto ou ser completamente excluído do processo decisório (Crozier, 1981).

Em diálogo, a perspectiva proposta por Crozier de conciliação e discussão dentro das organizações remonta a compreensão expandida de Mintzberg e Quinn (2006) sobre quem são os atores que constroem a estratégia organizacional. Nesse sentido, há de se embasar na compreensão síntese contida em O Processo da Estratégia (Mintzberg; Quinn, 2006) em razão de sua leitura mais ampla em que entende-se que:

“todos os livros convencionais sobre estratégia ou política concentram-se no trabalho do gerente-geral como principal ingrediente para entender o processo de formação da estratégia. A discussão de estratégia emergente [...] sugere que não assumimos uma visão tão restrita do estrategista. Qualquer um na organização, que venha a controlar ações importantes ou

estabelecer precedentes, pode ser um estrategista; o estrategista também pode ser um grupo de pessoas (Mintzberg; Quinn, 2006).

Para concluir, os estudos apresentados ao longo do texto demonstram que a compreensão das dinâmicas organizacionais e conseqüentemente da elaboração dos planos e da estratégia nas organizações requer um olhar que ultrapasse as abordagens simplistas e reducionistas. A evolução das teorias, como a crítica sobre a racionalidade limitada de March e Simon (1958), revela um movimento contínuo de complexificação no entendimento dos processos decisórios e das relações de poder dentro das organizações. Crozier (1981) destaca que a coexistência de racionalidades técnicas e humanas, sem a integração adequada das dimensões de poder e controle, pode levar a organizações ineficazes. Essa perspectiva dialética é essencial para reconhecer que as estratégias organizacionais são processos dinâmicos, imperfeitos e contingentes, nos quais diferentes atores, hierarquias e racionalidades interagem, negociando e conciliando interesses para assegurar a eficácia da organização.

2.1.2. A influência do campo organizacional

A partir da contribuição da crítica à racionalidade econômica e imbuídos da limitação racional dos indivíduos, em complementaridade, os estudos *institucionalistas* e *neo institucionalistas* buscaram desvendar e aprofundar aqueles fatores relacionados ao contexto e a mudança organizacional, compreender como as organizações enfrentam fenômenos sociais, políticos, econômicos e culturais (Scott, 2001). Para além, neste trabalho as teorias institucionalistas e neo-institucionalistas podem representar uma chave de explicação para a interação entre a Secretaria de Estado de Saúde e seu contexto organizacional, marcado pela participação de outras organizações durante a elaboração dos planos.

O institucionalismo, cujo precursor pode ser considerado Selznick (1972), defende que as organizações interagem com o ambiente em que se encontram, de forma a sofrer pressões que exigem ações para garantir sua legitimidade e sobrevivência. Ou seja, a proposição é de que ao mesmo passo que buscam transformar seu *input* em *output*, para sobreviver, as organizações devem conquistar legitimidade diante do ambiente em que estão dispostas, no entanto, os meios para se adquirir legitimidade podem frequentemente conflitar com noções de economia e eficiência que combinam com o objetivo formal.

Selznick (1972) propõe que nesse segundo aspecto organizacional, que existem para além do objetivo para qual foi criada, ou seja, que para garantia da sua legitimidade e funcionamento, existem normas, regras e sentimentos de solidariedades que quando consolidados formam instituições sociais. Esse autor está propondo que esses elementos informais, ao passar pelo processo de institucionalização, derivam em focos próprios de identidade organizacional. Tudo isso gera por consequência e os objetivos formais, para os quais a organização foi criada, não são mais suficientes para delimitar toda sua lógica, valores e identidade.

Conceitualmente, é possível amparar-se nos termos de Meyer e Rowan (1977, p. 341) que definem a institucionalização como “o processo pelo qual o processo social, as obrigações, ou as realidades vêm a tomar um status de regra no pensamento e na ação social”. Nesta perspectiva, pode-se entender instituições, o produto desses processos, como regras, normas ou instruções que constituem um modelo de ação moral ou cognitivo, ao mesmo tempo que controlam e constroem o comportamento dos atores (Scott, 2001).

O institucionalismo de Selznick (1972) é continuado por autores que dão origem ao novo institucionalismo. Powell e DiMaggio (1991), autores da vertente mais estrutural e funcionalista do novo institucionalismo, enfatizam as determinações ambientais sobre as organizações. Esses autores discutem a existência de um campo organizacional, em que as organizações de forma agregada, constituem-se enquanto uma área da vida institucional. As organizações estão desse ponto de vista a responder demandas e pressões oriundas do ambiente organizacional em que estão inseridas.

Nesse sentido, o conceito de isomorfismo ganha importância à medida que se pretende definir e explicar processos de homogeneização entre as organizações, justamente por fatores advindos externamente. O isomorfismo no ambiente organizacional, pode ser compreendido como processo que força as organizações a se tornarem semelhantes em um ecossistema que apresenta condições ambientais similares (SALDANHA et. al, 2018).

Segundo DiMaggio e Powell (1991) o isomorfismo pode ocorrer de três maneiras distintas: coercitiva, normativa e mimética. O primeiro processo de isomorfia mencionado trata-se daquele advindo de pressões formais e informais, exercidas de uma organização sobre outra, por meio da dependência que existe

entre essas ou de expectativas culturais sobre as funções organizacionais, à exemplo a legislação.

Por sua vez o isomorfismo normativo está associado a profissionalização, cuja a definição dada por Machado-da-Silva e Gonçalves (2000) explica-a como o compartilhamento de um conjunto de normas e rotinas de trabalho por indivíduos dada a natureza de sua ocupação, que em muitos cenários tendem a se perpetuar por meio de universidades, associações e treinamentos. Ou seja, o mecanismo normativo trata-se de base de informação homogênea entre os atores organizacionais.

Por fim, o isomorfismo mimético tem sua origem na incerteza da atuação organizacional, em que na busca por ações satisfatórias, haja vista a impossibilidade da atuação e tomada de decisão perfeita em termos racionais econômicos, as organizações buscam respostas na atuação de outras organizações consideradas legítimas ou bem-sucedidas. DiMaggio e Powell (2005, p. 79) explicam que “as empresas adotam inovações para aumentar sua legitimidade, para demonstrar que estão ao menos tentando melhorar suas condições de trabalho”

Nesse campo estrutural-funcional reside ainda as teorias defendidas por Meyer e Rowan (1977) decantadas na ideia dos mitos organizacionais. Segundo Meyer e Rowan (1977), o isomorfismo com as instituições ambientais tem algumas consequências cruciais para as organizações, como a incorporação de elementos que são legitimados externamente, ao invés de em termos de eficiência, o emprego de serviços externos ou critérios de avaliação cerimonial para definir o valor dos elementos estruturais, além da dependência de instituições fixadas externamente que mantêm a estabilidade.

Conforme discutido pelos autores, a incorporação de regras institucionalizadas muitas vezes é essencial para a estabilidade e legitimidade de uma organização. Contudo, Meyer e Rowan (1977) ressaltam que uma organização que dependa do isomorfismo com essas regras para alcançar o sucesso enfrenta duas problemáticas gerais. A primeira delas diz respeito à diferença e ao conflito entre atividades técnicas, com a busca de eficiência, e as regras cerimoniais, que garantem legitimidade. Sob esse ponto, percebe-se a tentativa de diversos autores de distinguir o ambiente técnico do ambiente institucional. Para Scott e Meyer (1991) no ambiente técnico predomina o aspecto da eficiência, do alcance dos objetivos na produção de bens e serviços aceitos socialmente, sendo que as organizações são

premiadas por controlarem de forma eficiente o processo de trabalho. Já, no ambiente institucional, as organizações buscam a legitimidade e o apoio do ambiente, e, para isso, se conformam e absorvem as regras institucionalizadas, os mitos, que ele gera. Assim, é perceptível que o conflito entre eficiência e legitimidade é um tópico problemático e muito discutido no contexto das organizações.

Para ilustrar a inconsistência entre as atividades cerimoniais, que podem ser pensadas em relação a regras categóricas, e a eficiência, medida por efeitos concretos, Meyer e Rowan (1977) trazem diversos exemplos. Um deles diz respeito ao transporte coletivo, no qual, mesmo que não haja passageiros, os ônibus, por exemplo, devem manter seus horários e rotas já definidos. Nesse caso, não se está pensando em ganhos e redução de custos para melhor eficiência e sim na manutenção da confiança e do apoio de quem utiliza o serviço. Esse conflito entre técnica e regras categóricas também pode ser pensado no fato que as regras são muitas vezes generalistas enquanto as atividades técnicas abrangem aspectos específicos e únicos.

A segunda problemática, por sua vez, se dá no fato das regras cerimoniais serem transmitidas por mitos que podem surgir em diferentes ambientes, o que pode levar à desarmonia das regras. Isso ocorre pelo fato de que ambientes institucionais são muitas vezes pluralistas (Udy, 1970) e, na busca de estabilidade e suporte da opinião pública e do ambiente externo, as organizações acabam por incorporar regras incompatíveis, que podem levar até mesmo a conflitos jurisdicionais.

Para compor essa vertente do novo institucionalismo, cabe ainda explicitar as contribuições de Scott (2001). Na tentativa de sintetizar alguns teóricos de seu campo teórico, esse autor define três potenciais pilares para as instituições: regulatório, normativo, cultural-cognitivo. Entretanto, cabendo a ressalva de que qualquer distinção entre os três pilares é predominantemente didática, haja vista que esses interromperam, interdependem e se reforçam mutuamente.

Quadro 1: Os Três Pilares da Instituição.

	Regulatório	Normativo	Cultural-cognitivo
Bases de conformidade	Utilidade	Obrigação Social	Aceita�o de pressupostos e entendimento compartilhado
Bases de ordem	Regras regulatórias	Expectativas de adesão	Esquemas constitutivos
Mecanismos	Coercitivo	Normativo	Mim�tico
Lógica	Instrumental	Adequa�o	Ortodoxia
Indicadores	Regras, leis, san�oes	Certifica�o e aceita�o	Crença comum e lógica compartilhada de a�o
Bases de legitima�o	Legalmente sancionado	Moralmente governado	Compreensível, reconhecível e culturalmente sustentado

Fonte: Scott (2001, p. 52).

O pilar regulatório   caracterizado por mecanismos explícitos de controle, através de regras formais, san oes e incentivos. A conformidade, nesse caso,   impulsionada por um senso utilitário, em que os atores se ajustam para evitar puni oes ou obter recompensas. Scott (2001) ressalta que o processo regulatório envolve a capacidade de estabelecer regras, inspecionar a conformidade dos outros e, se necessário, manipular san oes, indicando que esse pilar está diretamente ligado ao uso da força coercitiva para garantir a obediência. Contudo, ele também sugere que as pressões regulatórias podem não ser necessariamente formais, mas difundir-se através de mecanismos informais, como vergonha ou rejei o social. Essa perspectiva está alinhada com o conceito de isomorfismo coercitivo proposto por DiMaggio e Powell (2005), que argumentam que organiza es são pressionadas por outras institui es das quais dependem, seja por vias políticas ou culturais.

O segundo pilar, o normativo, enfatiza os valores e normas que moldam as expectativas de comportamento. Nesse caso, as regras não são apenas coercitivas, mas têm uma fun o prescritiva, determinando como as coisas devem ser feitas (Scott, 2001). As normas estabelecem os meios legítimos para alcançar certos fins e variam conforme o papel social desempenhado por cada indivíduo. Além disso, o pilar normativo introduz uma dimensão moral às a es, na qual a conformidade   derivada de um senso de obriga o social. Scott (2001) observa que sistemas normativos incluem tanto valores quanto normas, destacando que as normas orientam o comportamento prescritivo, enquanto os valores fornecem um

referencial para avaliar essas ações. Dessa forma, as regras normativas não apenas orientam o comportamento esperado, mas também impõem juízos de valor sobre o que é considerado adequado ou inadequado.

O terceiro pilar, o cultural-cognitivo, fundamenta-se na internalização de pressupostos e entendimentos compartilhados pelos membros da organização. Scott (2001) define esse pilar como o que envolve a aceitação de pressupostos e entendimento compartilhado, o que significa que o comportamento é moldado por esquemas cognitivos que influenciam a percepção do que é correto e apropriado. Ao contrário dos outros dois pilares, a conformidade no âmbito cultural-cognitivo é menos explícita e mais profundamente enraizada nas crenças e percepções coletivas. As instituições, segundo esse pilar, exercem influência ao definir e legitimar certas formas de ver o mundo e interpretar a realidade, criando uma lógica compartilhada de ação. A legitimação aqui é conceitualmente correta e culturalmente sustentada, com práticas que são aceitas porque são vistas como parte integrante da realidade social.

Para tanto, nesta seção, serão explorados os processos de elaboração do planejamento na esfera geral governamental, no Sistema Único de Saúde (SUS), e as consequências desses processos como estão para a compatibilização, que constitui objeto de estudo desta pesquisa. Isto é, pretende-se, a seguir, elucidar as dinâmicas que subsidiarão a compreensão do tema de pesquisa, a compatibilização de duas formas distintas de se planejar.

2.2. Planejamento em governo

No âmbito da administração pública, o planejamento estratégico ganha contornos e associações para além daqueles de uma organização comum. Sobretudo, o ato de pensar a estratégia e planejar, para governos, está associado à efetividade das políticas públicas, como explica Toni (2021):

o planejamento estratégico realizado no âmbito governamental é um conjunto de referenciais teóricos, processos administrativos, aplicação de ferramentas e técnicas organizacionais que objetivam definir uma visão de

futuro de médio e longo prazo, bem como as principais instituições e processos que asseguram coerência e efetividade entre meios e fins para o seu alcance (Toni, 2021, p. 11)

Ainda assim, ressalta-se que, na esfera governamental, a dimensão de racionalização de procedimentos que compõem o planejamento, também se emprega no sentido de tentar prever a vida política e social, tentando antecipar as relações de causalidade na produção de políticas, para que se possa desenhar, assertivamente, modelos de intervenção Toni (2021).

Contudo, “no Brasil, esforços visando à organização da administração pública [...] começaram tardiamente, apenas na década de 1930” (Giacomoni, 2019, p. 94). Só tardiamente que os governos federais brasileiros passaram a elaborar e executar planos, em sua grande maioria com características de planos econômicos e de metas (Giacomoni, 2019).

Sem embargo, o planejamento estratégico governamental no Brasil não tem um marco único de origem, mas, sim, diferentes tentativas ao longo da história. Em certa medida sua consolidação se dá uma vez que a partir de um diagnóstico acertado e uma engenharia de soluções bem construídas, a equipe do Presidente Itamar Franco conseguiu estabilizar a economia brasileira com o Plano Real no início da década de 90, responsável pela volta da crença nos planos e planejamento, que haviam caído em descrédito ao longo das crises das décadas de 70 e 80. É nesse período, igualmente, que o planejamento público passa a ser entendido para além das noções econômicas ou orçamentárias, mas de forma mais holística, complexa e principalmente estratégica (Garcia, 2012).

Contudo, tem-se, a partir do fim do século, um processo de revisitação do planejamento estratégico governamental, como descreve Silveira (2013):

Influenciado pelos modelos de planejamento estratégico oriundos do setor privado, o planejamento estratégico governamental passou a ser visto como um conjunto de conceitos, procedimentos e ferramentas que buscavam auxiliar os agentes públicos a prover maior consistência à ação estatal, definindo propósitos, objetivos e valores no governo e nas diferentes organizações públicas, direcionando esforços e estabelecendo prioridades. (Silveira, 2013).

Todo esse processo modificou e estruturou a forma com que se elabora e o conteúdo dos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e as Leis Orçamentárias Anuais (LOA), que serão compreendidos para fins do estudo

aqui pretendido como a formalização em forma de lei do planejamento. Ou seja, as peças orçamentárias são uma parte formalizada do planejamento, que, por sua vez, trata-se de um segmento da estratégia deliberada, como explica Mintzberg (2004), já analisado anteriormente.

Entretanto, como descreve Garcia (2012), o surgimento do PPA antes da consolidação do planejamento no Brasil, em um contexto de descrédito do planejamento e sob forte crítica neoliberal das décadas de 1960 à 1980, fez com que sua natureza se tornasse uma *programação plurianual das despesas*. Para o autor aqui parafraseado, chamar essa peça de plano nos anos que sucederam a nova Constituição é um descuido ou ato impensado, influenciado por aqueles que trabalharam com os Planos Nacional de Desenvolvimento (PND).

Segundo Garcia (2012), devido a lacuna do texto constitucional e a ausência de regulamentação, os PPA tem seu desenvolvimento de acordo com as interpretações e entendimentos dos responsáveis pela peça. Contudo, ao final de 1997, sob cenário positivo, iniciou-se um trabalho de reformulação da compreensão sobre a metodologia, os conceitos e a forma dos PPA. O grupo de trabalho interministerial (GTI) criado:

buscou fazer do PPA um plano de governo e um instrumento viabilizador da integração dos objetivos estratégicos com o orçamento, mediante definições e conceituações das principais categorias programáticas do PPA, da LDO e do OGU. As principais inovações estão listados a seguir: 1) O programa passaria a ser a unidade básica de organização do PPA e o módulo de integração do plano com o orçamento. 2) Os programas seriam referidos, sempre, à solução de problemas identificados e declarados, com seus objetivos finais estabelecidos e quantificação de metas e custos. Teriam a execução acompanhada e os resultados avaliados mediante indicadores especificamente construídos. 3) Os programas passariam a ser integrados por ações. Nos programas orçamentários, as ações foram desdobradas em projetos e atividades e a cada um destes corresponderia um produto, com sua respectiva meta. 4) Seriam excluídas as categorias subprograma, subprojeto e subatividade. 5) A consolidação da classificação funcional-programática pelas três esferas do governo passaria a ocorrer exclusivamente por função e subfunção, consideradas como categoria para a análise de políticas. 6) A classificação funcional-programática, a partir de programas, seria definida em cada esfera de governo quando da elaboração do respectivo PPA, considerada como categoria de natureza gerencial – isto é, instrumento de acompanhamento e avaliação da ação de governo. 7) A criação de operações especiais que não contribuíssem para a manutenção, a expansão ou o aperfeiçoamento das ações de governo e das quais não resultaria um produto útil ao enfrentamento do problema (transferências, serviço da dívida, aposentadorias e pensões etc.) (Garcia, 2012).

Ou seja, as proposições do GTI aproximaram em certa medida o planejamento formalizado nos PPA das concepções de estratégia de Mintzberg (2004), já explicadas neste projeto, ao compreender esse processo como a elaboração de um diagnóstico situacional, e a partir desse identificar e selecionar problemas com prioridade de enfrentamento, com a real finalidade de desenvolver políticas públicas voltadas e eficazes à resolução de problemas.

Entretanto, como disserta Garcia (2012), as proposições desse grupo não foram necessariamente assumidas em sua totalidade pelo alto escalão governamental, em razão da incompatibilidade com a ideologia neoliberal adotada. Nesse sentido, o PPA passou a abarcar todas as despesas governamentais, eliminando as etapas de seleção de prioridades inerentes a qualquer plano, e realizando a manutenção de uma natureza de programação plurianual de despesas.

Em certa medida, a negação dessa natureza necessariamente seletiva do planejamento presente no PPA fez com que, em certos momentos, fossem elaborados planos acessórios mais capazes de direcionar a tomada de decisão e a orientação estratégica. Nesse sentido, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), anunciado em 2007, indicou projetos prioritários ao desenvolvimento nacional. Visualizou-se, nesse período, que os PAC foram planos importantes para modificação social e econômica do país, durante os governos Lula e Dilma (Garcia, 2012).

Sem embargo, é importante destacar que ainda existem a elaboração de diferentes planos e formatos de comunicação e organização das pretensões governamentais. Atualmente, por força legal, os PPA, ou, como incorporados pela constituição mineira, os Planos Plurianuais de Ação Governamental (PPAG), são, formalmente, o meio de sistematização da ação governamental na forma de orçamento-programa, tendo o horizonte de quatro anos e sendo definido como instrumento que “estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas a programas de duração continuada” (Minas Gerais, 1989).

Conforme a legislação, os PPA ou PPAG são autorizados, anualmente, pelas LOA, que estima receitas e fixa as despesas para o ano seguinte, em condição de total compatibilidade com o planejamento para o quadriênio. Todavia, existe ainda um terceiro instrumento de articulação entre os supracitados, trata-se

da LDO, cujo conteúdo visa principalmente estabelecer as prioridades, metas e riscos fiscais a serem considerados na elaboração da LOA (Minas Gerais, 1989).

2.3. Planejamento no Sistema Único de Saúde

O conjunto de diretrizes e objetivos para a seguridade social inaugurados pela Constituição Federal de 1988 se materializam sob a forma de um Sistema Único de Saúde (SUS), normatizado por meio da Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990a), a Lei Orgânica da Saúde (LOS) ou, como popularmente conhecida, a Lei do SUS. Nesse texto legislativo complexo e amplo, descreveu-se um formato para o sistema de atenção à saúde em que se relacionam instituições geradoras de recursos, uma população e instituições prestadoras de serviços, todas elas mediadas por um ator coletivo, o Estado (Mendes, 2019). Dentre esses papéis regulatórios e mediativos do Estado no âmbito do sistema de atenção à saúde como desenvolvido no Brasil, cabe citar:

a condução política e o planejamento estratégico, a contratualização dos serviços, a avaliação tecnológica em saúde, a avaliação econômica dos serviços de saúde, o sistema de acesso regulado à atenção, o desenvolvimento de recursos humanos, a normalização dos processos de trabalho, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a auditoria em saúde, a vigilância em saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico (Mendes, 2002 *apud* Mendes, 2019).

Para tanto, Mendes (2019) esclarece que nenhum dos atores, população, prestadores de serviço, geradores de recurso e Estado, atuam isoladamente, tampouco são homogêneos internamente. Como efeito, fez-se necessário elaborar uma complexa forma de organização, coordenação, planejamento e monitoramento internos ao Estado para que ele possa exercer sua função de regulação do sistema de atenção à saúde.

A Lei 8.080/90 (Brasil, 1990a) prevê, em seu terceiro capítulo, a dimensão regionalizada e hierarquizada para as atividades estatais no âmbito do SUS, criando por efeito desse item, as responsabilidades do MS, das secretarias estaduais e municipais de saúde, das comissões intersetoriais, das comissões intergestores, do Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Com especial importância, o título V da legislação supracitada trata do financiamento, inclusive do planejamento

e do orçamento (capítulo III), onde estão lançadas as bases para o objeto de estudo pretendido neste projeto: os planos setoriais da saúde.

Contudo, cabe destrinchar melhor o art. 36, que compõe o Capítulo III da Lei do SUS (Brasil, 1990a). Nesse dispositivo, estão informadas algumas peculiaridades do planejamento na área da saúde pública brasileira. Por força legal, ele tem um sentido ascendente, partindo do nível local até a esfera federal, e deverá ser composto de ritos capazes de garantir a escuta de órgãos deliberativos, e a compatibilização entre, de um lado, as ações e os serviços de saúde e, de outro lado, os recursos disponíveis no poder público para tal (Brasil, 1990a).

Ao mesmo passo, o 36º artigo da LOS carrega de relevância o planejamento setorial em saúde. Isso porque determina que: 1) “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do [...] SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (Brasil, 1990a); 2) é vetado “a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde” (Brasil, 1990a).

Ainda assim, o Capítulo III encerra as tratativas acerca do planejamento em saúde dispostas na legislação da década de 90 com importantes diretivas. O parágrafo 2º do art. 36 veda a transferência de recursos destinados a ações e serviços de saúde sem que esses estejam previamente descritos e comportados nos planos de saúde. Ademais fica definido que a Conferência Nacional de Saúde (CNS) lançará diretrizes para o planejamento setorial, tendo em observância características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa. Ou seja, determina-se que o processo de planejamento do SUS seja obrigatoriamente participativo, com rituais específicos para inclusão da CNS, e que ele seja capaz de abarcar as previsões de todas as ações e serviços de saúde a serem realizados em seu período sob pena de não destinação de recursos para tal.

Para suprir as lacunas e as necessidades de regulamentação deixadas pela Lei 8.080/90 (Brasil, 1990a), sucedeu-se uma série de normativas advindas do MS, Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e demais órgãos deliberativos do SUS, bem como legislações específicas. Ainda no mesmo ano de 1990, a Lei 8.142/90 (Brasil, 1990b) determinou acerca do importante papel do controle e da participação social no SUS, inclusive durante seu planejamento, por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo. Ainda nesta lei, foi definida a

exigência para estados e municípios da elaboração de um plano e de uma programação de saúde para o recebimento de transferências de recursos advindos do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Em 2005, o MS retoma suas proposições acerca do planejamento do SUS, e inicia a construção do Sistema de Planejamento do SUS, também conhecido apenas como PlanejaSUS. Em meio aos importantes acontecimentos e definições de 2006 com a divulgação do Pacto pela Saúde, que compreendia o Pacto de Gestão em si, e a partir de oficinas macrorregionais realizadas durante os anos de 2005 e 2006, com representantes dos municípios, dos estados e da União, que a Portaria GM/MS 3.085/06 (Brasil, 2006a) regulamentou o PlanejaSUS, lançando as bases para a Portaria GM/MS 3.332/06 (Brasil, 2006b) e suas atualizações recentes, que aprovaram as orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS, conceituando, por exemplo, o que é o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (Ministério da Saúde, 2006a, 2006b; Brasil, 2009).

Assim, pode-se entender o PlanejaSUS como a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS, de forma a consolidar a cultura de planejamento em formato transversal às demais ações desenvolvidas, como estratégia para a efetivação do SUS (Brasil, 2009). Nesse sentido, essa sistematização de uma cultura de planejamento é baseada em quatro instrumentos principais: o Plano Estadual de Saúde (PES), a PAS, o Relatório do Quadrimestre Anterior (RDQA), e o RAG.

Parte-se, portanto, para a definição dos planos e suas pretensões. De acordo com as já citadas Portaria nº 3.332 (Brasil, 2006b) e suas atualizações, o Plano de Saúde é o instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Seu processo de elaboração inicia-se na Conferência Estadual de Saúde, que reunirá diversos setores da sociedade civil, profissionais da saúde e da gestão do SUS para lançar as diretrizes para a criação do novo plano. Ainda assim, a legislação prevê que o Plano Estadual de Saúde não seja um instrumento isolado, mas que consiga dialogar para sua efetivação e execução com os instrumentos de gestão governamentais, que são criados pelos governos como previsão legal para todas as suas áreas e execuções orçamentárias (Ministério da Saúde, 2006b).

Em síntese, o Plano de saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde (Brasil, 2009).

Todavia, as ações, os custos financeiros e outros elementos que dão consequências práticas ao plano não são objeto deste, mas sim da Programação Anual de Saúde. Essa é um instrumento que operacionaliza as intenções expressas no plano de saúde. É na programação que são detalhadas as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo plano, a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do quadriênio (Brasil, 2009).

Esse modelo adotado pelo PlanejaSUS foi estabelecido a partir do modelo estratégico-situacional proposto por Carlos Matus (1993), ao final dos anos 1970 e durante os anos 1980. Resumidamente, Matus (1993) elabora sua proposta partindo da noção de situação, como a identificação de problemas sob a perspectiva de determinado agente social. Esses problemas são percebidos como situações anormais para o ator, que define seus padrões de normalidade com base em seu conhecimento, interesses e capacidade de atuação sobre a situação.

A proposta conceitual e metodológica de Matus (1993), Planejamento Estratégico Situacional, entende o processo de planejamento em quatro momentos: a) explicativo, em que se busca identificar, descrever e explicar problemas; b) normativo, em que se desenha cenários, define situações-objetivo e realiza um análise de coerência sob a pretensão de dar direção; c) estratégico, cujo objetivo é verificar a viabilidade do plano e selecionando tipos de estratégias; e d) tático-operacional, em que se tem uma agenda, realiza-se a gerência dessas operações e estabelece-se uma rotina de monitoramento e avaliação. Cabe destacar que, nesse modelo, compreende-se que o ator social que planeja também está inserido na realidade a ser planejada, bem como se assume a multiplicidade de explicações a serem dadas para uma mesma situação, atrelado, inclusive, a um entendimento de que a capacidade de atuação de determinado ator sobre cada situação pode variar e impactar diretamente sobre o sucesso do plano.

Neste sentido, o enfoque estratégico-situacional, conforme modelo proposto pelo autor Carlos Matus (1993), foi absorvido pelo PlanejaSUS da seguinte maneira:

Nessa perspectiva, incorpora o planejamento estratégico-situacional como parte da dimensão político-gerencial do processo de reorientação das práticas de atenção à saúde, privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços.

O desenvolvimento conceitual e metodológico dessa proposta vem se dando ao longo dos últimos 20 anos, desde o processo de experimentação inicial realizado no contexto de implantação dos Distritos Sanitários no período da implantação do SUDS, passando pela adaptação ao processo de municipalização na década de 90 (TEIXEIRA, 2001) até a reflexão mais recente, marcada pelo esforço de aperfeiçoamento e difusão da proposta no contexto do PLANEJASUS (Teixeira *et al.*, 2010, p. 42).

As razões para a pertinência da adoção desse enfoque no processo de planejamento da saúde pública brasileira é explicado por Teixeira *et al.* (2010) perpassando quatro argumentos centrais. Em primeiro plano, tal modelo é mais capaz de conceber a realidade sobre qual se debruça o planejamento sob a forma de problemas e oportunidades reais de intervenção, desviando de reducionismos setoriais e ou de disciplinas científicas. Da mesma forma, a teoria de Matus estabelece um processo menos rígido, constituído de momentos que se interpelam e não são necessariamente sequenciais. A modularização do plano resultante desse processo é entendida como a terceira razão para a adoção do enfoque, ao passo que permite melhor organização e facilita a participação de diversos atores sociais. Por fim, os autores defendem a adoção do enfoque estratégico-situacional em razão de suas noções relacionais mais democráticas, que intensifica a comunicação entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços (Teixeira *et al.*, 2010).

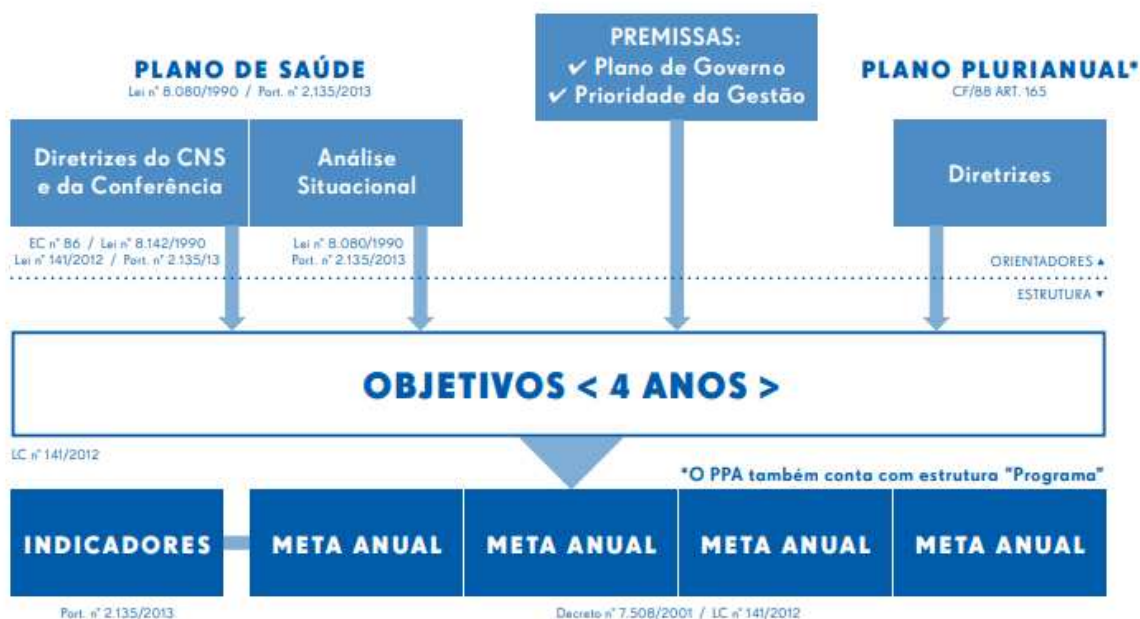
2.4. Planejamento setorial, planejamento governamental e a compatibilização

Com efeito aos processos de reflexão e elaboração das lógicas de planejamento governamental e do SUS descritos nos itens acima, percebe-se que, de antemão, eles coincidem em certa medida com a previsão do período de vigência de quatro anos e da necessidade de especificação destes em instrumentos próprios elaborados anualmente e preveem a compatibilização entre si. Principalmente, sob a perspectiva do planejamento setorial da saúde, que é mais específico e recente, é comumente orientado atenção aos prazos do planejamento governamental e a previsão orçamentária das ações previstas na área da saúde no PPA, LDO e LOA.

Neste sentido, o Manual de Planejamento do SUS (Brasil, 2016) traz um direcionamento de que “os instrumentos de planejamento da saúde [...] devem

orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento de governo [...], definidos a partir do art. 165 da CF” (Brasil, 2016, p.77). Para tanto, este mesmo manual organiza a interlocução entre esses planos a partir dos objetivos, item comum que deve compor tanto o PPA como o Plano de Saúde, cujos os horizontes são quatro anos, como se observa na figura abaixo:

Figura 2: Planejamento governamental: relação entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual.



Fonte: Brasil, 2016. Elaboração do autor.

A preocupação em torno da compatibilização decorre da necessidade de cumprimento de uma série de dispositivos legais relevantes ao interesse público. Como norma constitucional, por exemplo, tem-se no Art. 165, §7º a exigência de que “Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional” (Brasil, 1988). Ainda na Carta Magna brasileira, o dispositivo 167 veta em sua alínea I “o início de programas ou projetos não incluídos na lei orçamentária anual;” (Brasil, 1988).

Tal relevância é redobrada quando se recupera as disposições trazidas pela Lei Complementar (LCP) nº 141/12 (Brasil, 2012), que obriga a destinação mínima de recursos à saúde, sendo necessário, portanto, o planejamento e a garantia do cumprimento de ações nesse setor. Junto a essas principais definições, somam-se

diversas legislações preocupadas na garantia e manutenção do direito social à saúde que, para ser efetivamente ofertado, precisa ser materializado, por meio da alocação de recursos públicos.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A *Grounded Theory*, em sua versão straussiana, foi adotada como opção metodológica. Isso porque, esse é um método científico indutivo que, a partir da análise sistemática de dados, busca elaborar uma teoria substantiva acerca de fenômenos essencialmente sociais ou processos sociais abrangentes (Strauss e Corbin, 1998). Destacadamente, a coerência dessa metodologia à pesquisa realizada está relacionada ao caráter substantivo da teoria por ela gerada. Isso significa que ela é específica para determinado grupo ou situação, e não visa generalizações. Vale ressaltar ainda que a discordância do método de Glaser não faz parte do escopo da pesquisa e, por isso, não será abarcado entre as discussões deste capítulo.

A aplicação desse modelo metodológico se deu a partir de uma coleta de dados, utilizando-se de entrevistas e pesquisa documental. Tudo isso incorporado ao modelo de categorização e codificação da *Grounded Theory*.

Previamente a explicação dos momentos e maneiras de pesquisa do método fundamentado é importante salientar que a *Grounded Theory* “ênfatisa a necessidade de selecionar os casos e coletar dados de forma gradual; [...] coletar e interpretar os dados simultaneamente; e definir categorias de análise a partir de evidências empíricas” (Strauss; Corbin, 1988, p. 104). Ou seja, ainda que a sequência dissertativa a seguir possa permitir a impressão de que a etapa de recolhimento de dados é anterior e independente da etapa de interpretação desses, em verdade, esses momentos aconteceram em conjunto, informando um ao outro.

Com relação às bases de informação “aconselham-se que múltiplas fontes de dados sejam utilizadas para aumentar a confiabilidade dos resultados” (Bandeira-de-Mello; Cunha, 2003). Nesse sentido, foram combinadas entrevistas semi-estruturadas com perguntas mais gerais, como sugere a teoria acerca da metodologia e a pesquisa documental.

A aplicação da pesquisa documental, pode ser compreendida como a sua utilização como método em que a “fonte de coleta de dados está restrita a

documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias” (Marconi; Lakatos, 2003, p. 174). Neste sentido, foram levantados documentos tais como: 1) os PMDI; 2) os PES; 3) as PAS; 4) os PPAG; 5) Leis Orçamentárias Anuais; 6) as LDO; 7) os mapas estratégicos da SES-MG e do governo estadual; 8) os *books*, textos e documentos explicativos da metodologia de elaboração das estratégias governamental e setorial e das próprias estratégias; 9) os manuais de planejamento no SUS do MS; 10) audiências públicas na Assembleia Legislativa; 11) as atas de reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES-MG); 12) os pareceres e resoluções do CES-MG; 13) a Constituição, as leis e notas técnicas federais e estaduais.

Esses documentos foram tratados conforme presença de conteúdo ligado ao processo de elaboração dos instrumentos de gestão do SUS e governamental, bem como por relevância para a compreensão do processo de compatibilização entre estes. Dada a extensão do *corpus* documental, para este tipo de fonte foi priorizado os períodos de vigência dos dois últimos planos estaduais de saúde, ou seja, de 2020 a 2027. Contudo, a análise desses documentos foi feita a partir do mesmo processo de codificação e categorização pelo qual passarão os resultados das entrevistas, a ser explicado mais adiante.

Em adição a pesquisa documental, foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, que se trata de entrevista em que o pesquisador possui liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada, sendo uma forma de exploração mais ampla. Assim, essas representações maneiras, mais ou menos, objetivas e sistemáticas de coletar informações e dados que alimentaram as etapas de análise de dados seguintes, sem que restrinjam a compreensão ampla de todos os fenômenos que podem se conectar aos desafios de se compatibilizar os processos de elaboração de planos (Marconi; Lakatos, 2008).

Em observação a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016), que estabelece as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, esta pesquisa foi elaborada em conformidade com as normas desta resolução e, principalmente, com os princípios éticos por ela elencados:

Art. 3º São princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais:
I - reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa, inclusive da liberdade científica e acadêmica; II -

defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa; III - respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos participantes das pesquisas; IV - empenho na ampliação e consolidação da democracia por meio da socialização da produção de conhecimento resultante da pesquisa, inclusive em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada; V – recusa de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de indivíduos e grupos vulneráveis e discriminados e às diferenças dos processos de pesquisa; VI - garantia de assentimento ou consentimento dos participantes das pesquisas, esclarecidos sobre seu sentido e implicações; VII - garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz; VIII - garantia da não utilização, por parte do pesquisador, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos seus participantes; IX - compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação; e X - compromisso de propiciar assistência a eventuais danos materiais e imateriais, decorrentes da participação na pesquisa, conforme o caso sempre e enquanto necessário (Brasil, 2016).

Para tanto, reuniu-se para os fins já esclarecidos um grupo populacional de estudo a ser submetido a metodologia proposta, composto de pessoas conselheiras pertencentes ou ex-pertencentes ao Conselho de Estado de Saúde de Minas Gerais (CES-MG) e servidores ou ex-servidores vinculados ao Governo do Estado de Minas Gerais, bem como agentes políticos de governo. Esses indivíduos foram incluídos segundo o critério de atuação e tomada de decisão nas unidades que possuem por competência atividades correlatas ao rito de elaboração, alinhamento e aprovação dos instrumentos de planejamento do SUS e instrumentos de planejamento governamental, segundo Decreto nº 48.661/2023 (Minas Gerais, 2023), que dispõe sobre a organização da SES-MG. O acesso aos participantes, se deu através da proximidade do pesquisador ao ambiente de vínculo dos entrevistados, uma vez que atua enquanto estagiário na SES-MG.

É importante destacar também, que foram realizadas entrevistas, no modelo semi-estruturado, com 8 indivíduos, sendo um modelo de intervenção pontual, sem acompanhamento ou maiores interferências ao grupo estudado. Esses entrevistados foram divididos em 2 grupos de entrevistados com 4 indivíduos cada um, sendo distribuídos conforme disponibilidade de agenda para realização da entrevista. Para garantir a confidencialidade, os entrevistados tiveram seus nomes e cargos específicos suprimidos, sendo identificados por meio de letras e segundo seu grupo de atuação como segregado por este trabalho, sendo possível observar essa divisão no quadro a seguir:

Quadro 2: Entrevistados e seus respectivos grupos de atuação.

ENTREVISTADO	GRUPO QUE PERTENCE
A	Equipes de Condução Metodológica
B	Equipes de Condução Metodológica
C	Equipes de Condução Metodológica
D	Alta Gestão
E	Equipes de Condução Metodológica
F	Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
G	Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
H	Equipes de Condução Metodológica

Fonte: Elaboração própria.

Nesse sentido cabe esclarecer uma limitação que se impõem nessa pesquisa. A pesquisa, em geral, se concentrou nos níveis de média e alta gestão interna da secretaria e em indivíduos do CES-MG. Essa delimitação, que ocorreu em razão do tempo de duração da pesquisa e do mais fácil acesso a esses indivíduos, resultou na ausência de representatividade de, por exemplo, técnicos da SES-MG, representantes das secretarias-meio do governo, entidades vinculadas à SES-MG, representantes da ALMG e cidadãos. Como consequência, os resultados desta pesquisa tendem a refletir predominantemente a visão dos grupos de atores considerados.

Com a finalidade de garantir os aspectos éticos da pesquisa, esta só se iniciou após aprovação pelo Sistema CEP/CONEP e os participantes formalizaram seu consentimento, após o cumprimento de todas as orientações dispostas na seção I do capítulo III da resolução supracitada, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme seção II. Documento este submetido, assim como todo o projeto, ao Sistema CEP/CONEP (Brasil, 2016). Visando a minimização dos riscos, as transcrições e gravações não serão publicadas junto a essa pesquisa, e os trechos selecionados para compor o trabalho final foram selecionados sob o critério de não gerar danos aos entrevistados com a possível identificação por meio do conteúdo, uma vez que esses não serão identificados na redação final.

A partir dessas distintas bases deu-se o início da análise dos dados, parte central da Grounded Theory, uma vez que essa se pretende enquanto uma teoria que emerge dos dados. Para tanto, tem-se um processo inicial chamado de codificação aberta, que é a forma como foi nomeada a separação dos dados ou códigos, que se dá com a realização de comparações quanto sua similaridade e diferenças, a fim de gerar categorias. As categorias, por sua vez, se referem a representações de fenômenos que serão explorados, a fim de compreender suas propriedades e dimensões, ou seja, quanto a suas características e localização na linha interpretativa (Strauss; Corbin, 1998).

Abaixo estão listados os códigos, inicialmente, encontrados. Ou seja, aos códigos advindos da primeira codificação aberta realizada em vista do conteúdo da análise documental.

Quadro 3: Categorias iniciais resultantes da codificação aberta.

Codificação Inicial	
Leitura Setorializada da Estratégia no PMDI	Presença de Análise Situacional no PES
PMDI e PE: não linearidade da estratégia	O IAG e a carteira estratégica de projetos distintos
Indicadores de longo prazo no PMDI	Incompatibilidade dos prazos definidos para PAS (NTº 5 CONASS)
Participação Social fortalecida nos Instrumentos de Gestão do SUS	PE: Inclusão da Vacinação e participação social
PPAG como programação plurianual de despesas	PPAG: Órgão como estrutura do plano
Planejamento Estratégico como Planejamento Interno	PE: Não recepção da judicialização
Paralelismo entre programas/ações PPAG e diretrizes/objetivos PES reduzido	PMDI: Subjetividade no desdobramento de diretrizes setoriais
Aprovam apenas PES/PAS	Regiões geográficas distintas entre instrumentos de gestão do SUS e Instrumentos governamentais.
Não possuem competência de aprovação do PPAG/LDO e LOA	Relação função saúde no PPAG: inclui gastos previdenciários
Indicadores com metas distintas entre os planos	Entidades vinculadas da SES como atores que complexificam a coordenação
Horizontes distintos entre os planos	

Fonte: Elaboração própria.

Durante a fase de codificação axial realizou-se o reagrupamento de códigos e categorias iniciais com a inserção de novos elementos a partir do primeiro grupo de entrevistas. Isso ocorreu a partir da conferência de relação entre a categoria e suas respectivas subcategorias. Nesse sentido, enquanto categorias podem ser condições causais, condições intervenientes, estratégias de ação/interação ou consequências, as subcategorias respondem perguntas como quando, onde, porquê e como acerca das categorias que estão relacionadas (Bandeira-de-Mello; Cunha, 2003).

Quadro 4: Categorias e subcategorias resultantes da codificação axial.

Codificação Axial	
Categorias	Subcategorias
Racionalidade dos Atores	Heterogeneidade do corpo burocrático
	Visão departamental
	Receio de responsabilização pelos técnicos
	Menor institucionalização do PES para as áreas técnicas
	Importância atribuída aos planos pelos atores
	grau de interferência técnica do Gabinete
	Equipes de assessoria como arena interna entre área técnica e alta gestão
	Relação conflitiva com o conselho
	Negociação versus participação
Função Comunicativa dos Planos	Planejamento Estratégico como projeção de futuro desejado e mobilização de equipe
	Dificuldade de comunicar prioridade nos instrumentos de gestão do SUS
	A preocupação da coerência entre as três esferas do sistema tripartite
	Planos com abrangências distintas
	Conflitos de legislação
	natureza instrumental/orçamentária do PPAG
	UPG como a informação estratégica do PPAG
Análise de Ambiente	Cada plano tem um ambiente distinto pois foi feito em um tempo
	Presença de Análise Situacional no PES
	Horizontes distintos entre os planos
	Orçamento mínimo constitucional garantido

Fonte: Elaboração própria.

Finalmente, como explica Freitas e Bandeira-de-Mello (2003, p. 104) a “agregação e a síntese de todos os elementos teóricos produzidos durante a codificação seletiva dão origem ao esquema teórico final, que é a teoria substantiva”. Ou seja, após as demais fases, realizou-se a codificação seletiva, que se trata da tentativa de integração e refino teórico, em que se busca uma categoria central capaz de comportar todas as demais. Ao mesmo passo, ao longo da codificação seletiva, testa-se a teoria emergente, verificando sua congruência e capacidade explicativa.

Quadro 5: Categorias e subcategorias finais resultantes da codificação seletiva.

Codificação Final		
Categorias	Subcategorias	Subcategorias
Legislação versus Prática	PMDI	Leitura Setorializada da Estratégia
		Desdobramento pouco claro das diretrizes estratégicas
		Visão de longo prazo
		Conteúdo pontual
	PES	Muito abrangente
		Aprovação pelo CES-MG como finalidade
		Menor institucionalização
		Comunicação entre as esferas de governo
		Participação Social
		Jurisdição da legislação limitada
	PPAG	Natureza instrumental/orçamentária
		programação plurianual de despesas
		Desinteresse Comunicativo
	PE	Perspectiva da alta gestão
		Planejamento Interno
		Projeção de futuro desejado e mobilização de equipe como finalidade
Inovações do período de elaboração		
Atores múltiplos	Técnicos	Heterogeneidade do corpo burocrático
		Níveis distintos de internalização dos planos
		Receio de responsabilização
		Visão departamental/ interesse em ter orçamento reservado no PPAG
		Paralelismo entre programas/ações PPAG e diretrizes/objetivos PES reduzido
	Alta Gestão	Importância Atribuída aos Planos
		Grau de Interferência Técnica
	Equipes de condução	Arena interna para elaboração dos planos entre áreas técnicas e Gabinete.

	metodológica	Enforcement das decisões
	Secretarias meio e nível geral de governo	Atuação em Rede
		Compreensão limitada dos conhecimentos técnicos setoriais
		Disputa por resultados e controle
		Legislação pouco abrangente
Arenas	CES-MG	Aprovam apenas PES/PAS
		Não possuem competência de aprovação do PPAG/LDO e LOA
		Resistência dos técnicos ao relacionamento entre conselheiros e gestão
		Comunicação conflitiva com o conselho
		Negociação versus participação
		Representatividade debilitada pela legislação arcaica
	ALMG	Relação intermediada pelas secretarias meio
		O mínimo constitucional como garantir de orçamento
		Relação individualizada entre SES e cada deputado/bancada
Análise de ambiente organizacional		Horizontes distintos entre os planos
		Presença de Análise Situacional no PES
		Metodologia de levantamento de problemas do PE
Definição de Prioridades		Abrangências amplas em conflito com a natureza seletiva da estratégia
		O IAG e a carteira estratégica de projetos: Prioridades internas e prioridades governamentais
		A definição de prioridades e os conflitos da legislação
		A função comunicativa

Fonte: Elaboração própria.

Como se pode perceber, as etapas de codificação são eventos em síntese de comparação entre os códigos. Relativo a atividade comparativa, Cunha e Bandeira-de-Mello (2003) realizam considerações importantes:

Há dois tipos de comparação: teóricas e incidente–incidente. As comparações teóricas são feitas no início das análises ou sempre que algo novo surgir nos dados. Têm essa denominação, pois contribuem na identificação de categorias conceituais, suas propriedades e dimensões. É nessa hora que o pesquisador exerce sua sensibilidade teórica e utiliza seu conhecimento para interpretar, da forma mais isenta possível, o significado dos dados. Especificamente, a utilização de figuras de linguagem, como as comparações e as metáforas, é fundamental, pois ressalta propriedades conhecidas e compara-as com as características dos dados (Cunha; Bandeira-de-Mello, 2003).

Ou seja, para a execução metodológica aqui relatada foi exigido certa criatividade do pesquisador. Isso porque, são necessários movimentos repetidos de

identificação, construção e medição dos conceitos que compõem a teoria, como está sintetizado na Figura 3.

Figura 3: Processo de criação de teoria fundamentada em dados, segundo a metodologia Grounded Theory.



Fonte: Elaboração própria.

4. ESTUDO DE CASO

4.1. Entre leis e pragmatismo: o planejamento normativo na realidade

É uma hipótese razoável que acomodações práticas, uma realidade complexa e arenas de disputas diversas fazem com que o planejamento pensado pelo Sistema de Planejamento do SUS não apresente o grau de compatibilidade esperado na legislação. Mas, a partir das divergências que se apresentam nos instrumentos de planejamento no âmbito da SES-MG, pode-se explorar inicialmente as diferentes abrangências e finalidades pensadas para esses planos ainda na legislação. O que defende-se no início da apresentação do caso mineiro é que, antes de qualquer consequência e limitação relacional, as normas já conferem desafios à compatibilização, à medida que estabelecem propósitos particulares a esses planos.

4.1.1. Do Plano Mineiro ao Plano de Governo

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado é o plano estratégico de longo prazo do Estado de Minas Gerais que foi definido na Constituição Estadual (1989, art. 231). Ele possui um enfoque na promoção do desenvolvimento econômico reafirmado entre seus objetivos, dispostos no parágrafo 2º:

§ 2º – O Plano terá, entre outros, os seguintes objetivos: I – o desenvolvimento socioeconômico integrado do Estado; II – a racionalização e a coordenação das ações do Governo; III – o incremento das atividades produtivas do Estado; IV – a expansão social do mercado consumidor; V – a superação das desigualdades sociais e regionais do Estado; VI – a expansão do mercado de trabalho; VII – o desenvolvimento dos Municípios de escassas condições de propulsão socioeconômica; VIII – o desenvolvimento tecnológico do Estado (Minas Gerais, 1989, art. 231).

Como contido na citação acima, e no conteúdo do artigo 231 (Minas Gerais, 1989), originalmente o PMDI foi concebido como um plano estratégico de longo prazo com diretrizes e prioridades voltadas para o desenvolvimento sustentado de Minas Gerais, cujo enfoque é fortemente econômico.

A estrutura criada para o período de 2019 a 2030 propôs a fixação de uma visão de futuro “Orgulho de Ser Mineiro” como o horizonte a ser alcançado, em que os indivíduos que nasceram e vivem no estado recuperem a estima por esse território, considerando duas agendas relevantes “uma de curto prazo, voltada para a recuperação fiscal [...] a segunda voltada para a construção de uma agenda de desenvolvimento sustentável” (Minas Gerais, 2019, p. 12).

Neste sentido foram estipulados dez objetivos estratégicos que apontam para o alcance da visão de futuro, que estão submetidos às orientações elencadas nas quatro bandeiras propostas no plano. Dessa forma, após o diagnóstico do contexto organizacional, e em desdobramento das bandeiras, objetivos e da visão de futuro, foram propostas ainda diretrizes estratégicas setoriais que, para além da coordenação e racionalização da estratégia em seus âmbitos, também promovem a conexão deste instrumento de planejamento com as demais peças, como o PPAG.

Na estrutura supracitada, a área da saúde, que já possui diretivas estratégicas elencadas para cada uma das áreas temáticas de governo, teve sua atuação organizada dentro do objetivo estratégico Três, “Propiciar acesso a serviços de saúde de qualidade” dos quais se desdobraram os indicadores e as diretrizes que estão formalmente assinaladas como de responsabilidade da SES-MG.

O objetivo em questão está ligado à bandeira Dois que direciona o foco do governo para suas responsabilidades essenciais, sendo possível perceber que o acesso à saúde, na proposta governamental para o período, é introduzido como atividade essencial de Estado. Contudo, a escolha do texto do objetivo merece em si uma análise mais aprofundada, uma vez que tem potencialmente consequências estratégicas por trás de sua redação (Minas Gerais, 2019).

Isso porque, na literatura de acesso a serviços de saúde existe uma gama de compreensões possíveis para o tema. Para o médico libanês Donabedian (1973), o acesso está ligado a capacidade de resposta dos serviços de saúde, possuindo dois tipos, a acessibilidade sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços e a geográfica que se relaciona ao espaço e que pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte e outras variáveis. Já para autores como Penchansky e Thomas (1981) o acesso possui ainda outras dimensões como a disponibilidade; a acessibilidade geográfica; acolhimento; capacidade de compra das pessoas usuárias; aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Ou ainda, como pensado por Carr-Hill et al. (1997) o acesso aos serviços de saúde é diretamente resultado de variáveis relativas ao custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; à severidade da condição; a efetividade esperada; e a distância dos serviços de saúde. Todavia, é comum e provável a utilização do termo acesso assim como compreendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que o entende como uma medida da proporção da população que alcança serviços de saúde apropriados (World Health Organization, 1998).

Mas, como resume Mendes (2011), é comum a grande maioria das compreensões que o acesso está intimamente ligado ao equilíbrio entre o ganho de economia de escala e a qualidade da atenção propiciada. Essa compreensão gera a constatação de que:

os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2011).

Dessa forma, se comprometer a propiciar acesso tem duas possíveis importâncias no PMDI (2019) proposto. A primeira delas é que no cenário de crise fiscal, em que a capacidade de fazer investimentos e implementar políticas públicas se mostra reduzida, ponderar a economia de escala como fator norteador das ações de saúde pode se mostrar essencial na perspectiva governamental. Ainda assim, como segunda importância, a utilização de propiciar acesso abre alternativas e manobras possíveis ao governo que não necessariamente são o fornecimento direto, estatal e estadual dos serviços de saúde em seu território, mas coloca o Estado como responsável, de alguma maneira, a garantir que as pessoas consigam alcançar o serviço de saúde que necessitam. Ou seja, a segunda interpretação abre margem a ações que são importantes no restante do PMDI (2019), como a municipalização de serviços públicos, a terceirização e privatização de algumas ações e estruturas governamentais.

A escolha da composição dos objetivos estratégicos também guarda outras possibilidades de análise. O fato da saúde ter reservado para si, enquanto área temática, um objetivo específico, pode representar a importância e expressividade dessa pasta para a atividade governamental. Ao mesmo tempo, pode ter reduzido a capacidade analítica do setor sobre a contribuição que poderia ter em dimensões que compõem outros objetivos, cujos indicadores são acompanhados por outras secretarias. Vide exemplos:

O objetivo Um, introduz a pretensão de ser um Estado simples, eficiente, transparente e inovador, em que estão associados indicadores relativos à transformação digital e o incentivo à redução de custos nas áreas meio em relação às áreas finalísticas, direcionados principalmente à Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (Seplag). Todavia, é importante compreender que a Secretaria de Estado de Saúde possui esforços próprios, particulares e indelegáveis para a digitalização de serviços e redução de custos, trata-se, por exemplo, da temática de saúde digital, que inclui esforços para a transformação digital do SUS.

No ano de 2024, por exemplo, foram lançadas diversas soluções tecnológicas pela SES-MG no evento TechDay, como o Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão Estadual do SUS em Minas Gerais (Cieges-MG), o serviço de teleconsultoria para profissionais da Atenção Primária à Saúde, a integração de dados da assistência privada e pública, o projeto AlexSUS e outros esforços de

digitalização. Isso demonstra como a temática de transformação digital é uma amostra de iniciativas que fogem do escopo do objetivo estratégico reservado à saúde no PMDI e que guarda relação com outro objetivo também presente no plano, porém mais relacionado a outras pastas do governo (Tech Day Saúde-MG apresenta inovações tecnológicas para a gestão do SUS, 2024).

O objetivo Quatro, por sua vez, busca proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas, tendo por indicador, inclusive, o acompanhamento da qualidade da água em Minas Gerais. As causas e consequências das ações propostas nesse objetivo refletem parte do escopo de vigilância em saúde desenvolvidos na SES-MG, no âmbito da Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, como o VigiÁgua, ao mesmo passo que impacta indiretamente nos marcadores socioambientais que influenciam a saúde da população no território (Minas Gerais, 2019).

De forma semelhante, o objetivo Seis que visa reduzir a vulnerabilidade social promovendo o acesso a direitos e a trajetória para a autonomia, pode ter maior absorção pela SES no acompanhamento do acesso do direito à saúde e ganho de dignidade e autonomia via sistema de saúde (Minas Gerais, 2019).

Inserido na bandeira Três, que é diretriz de protagonismo econômico e tecnológico para o estado de Minas Gerais, o objetivo Dez busca ampliar a competitividade do estado e a facilidade em se empreender, monitorando o indicador de investimentos atraídos. Nesse sentido, a SES possui papel relevante na atração de investimentos por meio da saúde complementar e de toda a cadeia logística de medicamentos e insumos, principalmente devido a expressividade dos investimentos em saúde necessários e considerando o subfinanciamento presenciado de maneira comum ao SUS em todo território nacional (Minas Gerais, 2019).

Por fim, a bandeira Quatro se desdobra no objetivo Sete de desestatizações e fortalecimento de parcerias com o setor privado bem como no objetivo Sete de recuperar o equilíbrio econômico-financeiro, tendo entre seus indicadores o comprometimento do gasto com despesa de pessoal, que são pontos que exigem atenção ou esforço da SES, dada a expressividade de seu pessoal, orçamento e impacto finalístico (Minas Gerais, 2019).

Diante da forma como o PMDI foi estruturado, a definição de um objetivo estratégico específico para a saúde reflete a importância e a centralidade dessa

política na agenda governamental. Contudo, essa segmentação pode ainda ter reduzido a visibilidade e o reconhecimento das ações intersetoriais e complementares da Secretaria de Estado de Saúde (SES) que contribuem para outros objetivos estratégicos do plano. Exemplos como os esforços em transformação digital, sustentabilidade ambiental, redução da vulnerabilidade social e atração de investimentos mostram que a atuação da SES vai além do seu objetivo exclusivo, impactando diretamente outras áreas estratégicas do governo. Portanto, ao mesmo tempo que reforça a relevância da saúde, essa estrutura do PMDI também pode limitar uma análise mais abrangente do papel da SES em diversos aspectos cruciais para o desenvolvimento do estado, potencialmente subestimando sua contribuição em metas compartilhadas com outras secretarias.

Retomando a análise do objetivo de propiciar o acesso a serviços de saúde de qualidade, nota-se que lhe foram atribuídos quatro indicadores, os quais pretendem “ajudar no monitoramento do alcance desejado” (Minas Gerais, 2019, p. 46), sendo eles:

O percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). O primeiro indicador utilizado para alcance das metas, é frequentemente utilizado na área da saúde, e compõem inclusive o diagnóstico que inicia o documento do PMDI (2019), seção na qual é explicado como a organização do SUS, no modelo de redes de atenção à saúde, depende de uma Atenção Primária resolutiva e capaz de lidar com 80% dos problemas de saúde, conforme dispõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017).

O segundo indicador proposto, para o alcance do acesso a serviços de saúde de qualidade, é a taxa de resolubilidade macrorregional em que se pretende “mensurar o nível alcançado pela regionalização da assistência à saúde, estratégia adotada pelo SUS para garantir a universalidade e integralidade do cuidado” (Minas Gerais, 2019, p. 30), fatores diretamente ligados a qualidade dos serviços de saúde.

No diagnóstico do PMDI é relatado que treze das macrorregiões do estado possuem taxas satisfatórias acima de 83%, segundo dados do SES/SMACSS/DEAA - DATASUS (2017), e as outras sete, que possuíam deficiência, “apresentam comportamento de ascendência” (Minas Gerais, 2019, p. 30). Entretanto, um ponto de atenção para esse indicador surge, principalmente porque, apesar de relevante a atividade assistencial, esse indicador, a partir da interpretação do diagnóstico

disponibilizado, pode não representar um desafio tão substancial à saúde pública em Minas Gerais.

Outro indicador que compõe o objetivo Três é a taxa de mortalidade infantil. Para esse indicador, também analisado no diagnóstico do plano, tem-se que a conclusão de uma queda acentuada foi visualizada desde a série histórica de 2001, apesar da estabilidade recente do indicador, o que colocou Minas como um território com baixas taxas de óbitos de nascidos vivos pela OMS. Todavia, o diagnóstico sugere que o indicador sinaliza um desafio ainda maior neste período de platô, uma vez que alcançado níveis inferiores de mortalidade infantil são necessárias ações mais sofisticadas, complexas e robustas para retomar a trajetória de queda (Minas Gerais, 2019).

O quarto e último indicador a ser acompanhado durante a vigência do PMDI (2019), para aferição do alcance do acesso a serviços de saúde de qualidade, é a taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esse indicador acompanha os óbitos de pessoas entre 30 a 69 anos, por meio de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias. A escolha do indicador pode ser explicada também a partir do diagnóstico que precede o PMDI (2019), nessa parte do texto é destacado como esse indicador possui a capacidade de demonstrar o comportamento das principais causas de morbimortalidade em Minas Gerais, e no Brasil, sendo um desafio importante para o SUS uma vez que apresentou crescimentos e estabilidade nos períodos recentes.

É válido recorrer a literatura acerca do indicador de taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT, uma vez que apesar de frequentemente utilizado, inclusive para orientar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o indicador também é alvo de pontuações e críticas. Exemplo disso, é a interpretação feita por Rodrigues (2017), que expõem que a redução do indicador aqui discutido não pode ser utilizado como uma aproximação da melhora na atenção à saúde, uma vez que pode ser confundido com o crescimento de outras causas de morte precoce, que deveriam ser evitadas com uma atenção primária mais eficaz.

A autora mostra que populações vulneráveis, que deveriam se beneficiar de melhorias na atenção à saúde, podem não estar apresentando uma redução proporcional nas mortes por outras causas evitáveis. Isso sugere que a redução das mortes por DCNT não necessariamente reflete uma melhoria geral na qualidade da

atenção à saúde, mas pode haver falhas na prevenção e tratamento de outras condições fatais, que levam à mortalidade prematura.

Outro fator que influencia a qualidade de escolha deste indicador é sua baixa especificidade. Pois, ele engloba um grupo de doenças com etiologias e prevenções distintas, o que dificulta a análise de intervenções específicas necessárias para cada doença (Rodrigues, 2017).

A escolha dos indicadores para monitorar o acesso a serviços de saúde de qualidade no PMDI revela tanto o potencial quanto as limitações do planejamento estratégico na saúde pública. Embora os indicadores, como o ICSAP, a taxa de resolubilidade macrorregional, a mortalidade infantil e a mortalidade prematura por DCNT sejam fundamentais para orientar políticas e avaliar resultados, suas características também impõem desafios.

Indicadores amplos e de baixa especificidade, como a taxa de mortalidade prematura por DCNT, podem obscurecer nuances importantes e dificultar a identificação de intervenções específicas, o que impacta a eficácia do planejamento. Além disso, indicadores que já apresentam desempenho satisfatório podem não refletir desafios emergentes ou não capturar a complexidade das melhorias necessárias, como é o caso da mortalidade infantil em um cenário de estabilidade.

Como consequência mais direta para o planejamento, a escolha de indicadores com mudanças de tão longo prazo, que sejam amplos e pouco específicos gera uma incapacidade de absorção e utilização dos mesmos em planos de horizontes mais curtos. E, que visam destrinchar e detalhar a situação da saúde pública naquele momento para verificar se ações previstas para um quadriênio ou para um ano estão surtindo o efeito esperado.

Assim, a escolha dos indicadores deve ser cuidadosamente alinhada às metas de longo prazo, mas que também permita subsidiar as ações específicas no curto e médio prazos a partir da diagnose das necessidades reais do sistema de saúde, para que se possa garantir uma compatibilização eficiente dos instrumentos de gestão e, conseqüentemente, a efetividade das políticas implementadas.

Dado o diagnóstico, bandeiras, objetivos e indicadores propostos, o PMDI para o período de 2019 a 2030 dispõe de diretrizes estratégicas para as áreas temáticas de governo. Por se tratar de uma área temática finalística, a saúde é entendida pelo governo como responsável “por consolidar as transformações

necessárias e desejadas para o alcance da visão de futuro e dos objetivos estratégicos, observando os princípios definidos” (Minas Gerais, 2019, p. 51).

Na seção de diretrizes estratégicas de saúde, são apresentados fatores, fatos e percepções que até então não haviam sido abordados no documento. Embora o objetivo ligado seja referente a garantia do acesso a serviços de saúde, com diagnóstico e indicador do plano enfatizando doenças crônicas, resolubilidade macrorregional, atenção primária e cuidado materno-infantil, as diretrizes estratégicas desdobradas a partir desses temas nem sempre demonstram claramente suas conexões com eles.

Por exemplo, a recuperação de crédito e credibilidade perante fornecedores e prestadores de ações e serviços de saúde é mencionada pela primeira vez junto com a expansão do acesso e da qualidade da atenção primária, e o incentivo à incorporação de novas tecnologias. Embora a recuperação de crédito possa ser interpretada como um desdobramento do objetivo mais amplo de recuperação da capacidade de investimento e das contas públicas do estado presente no PMDI, a questão da credibilidade perante fornecedores da saúde, não mencionada no diagnóstico, surge como um tema novo e não previamente explorado.

Além disso, o texto introduz, pela primeira vez nessa seção, ações e complexidades que extrapolam o acesso citando promoção, proteção, diagnóstico precoce, recuperação e reabilitação, sem que essas tenham sido discutidas anteriormente no diagnóstico ou entre os objetivos e indicadores.

A judicialização da saúde, outro tema ausente nas seções anteriores, é levantado no texto das diretrizes. Essa inserção de novos temas e a falta de clareza na relação entre as diretrizes estratégicas, os objetivos, o diagnóstico e os indicadores não permitem a compreensão do processo de desdobramento que acontece no plano. Na figura a seguir estão sintetizados a estrutura e conteúdos do PMDI para a saúde:

Figura 4: Síntese da estrutura e conteúdos do PMDI 2019-2030 para a área da saúde.



Fonte: Elaboração própria.

Nesse sentido, um ponto que surge acerca do PMDI é a importância de examinar a coerência interna do plano, considerando que, além de garantir a compatibilização entre os diferentes instrumentos, é necessário assegurar a articulação entre os diagnósticos realizados, os objetivos estabelecidos e as diretrizes definidas. Essa compatibilização interna é fundamental para proporcionar uma base sólida, clara e compreensível que viabilize uma coerência externa, garantindo que os temas e as ações delineadas estejam de fato alinhados com os desafios identificados e os objetivos estratégicos traçados. Sem essa articulação clara, a efetividade do plano pode ser comprometida, dificultando a implementação de políticas que realmente respondam às necessidades diagnosticadas, bem como dificultando a compreensão correta do plano para que os gestores que trabalham com planejamento possam elaborar instrumentos que de fato dialoguem, desdobram e trabalham junto ao PMDI.

Retomando o diagnóstico a partir de uma análise global, são apresentados quatro grandes indicadores para a saúde: a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade prematura por DCNT, o ICSAP e a taxa de resolubilidade macrorregional. Estes indicadores são utilizados ainda para mensurar o alcance do objetivo estratégico três, propiciar acesso a serviços de saúde de qualidade. Assim, percebe-se como o acesso e qualidade são relacionados no plano com regionalização do serviço, fortalecimento da atenção primária, combate a mortalidade infantil e as doenças crônicas não transmissíveis.

Combinando-se as categorias listadas tem-se que as diretrizes estratégicas que tratam de judicialização, fortalecimento da atenção secundária e terciária, readequação dos hospitais de pequeno porte e igualdade de acesso entre populações urbanas e rurais não possuem uma relação tão explícita com as compreensões realizadas até então. Entretanto, compõem-se assim os conteúdos e orientações estratégicas a serem desenvolvidos nos doze anos de vigência do PMDI.

Esse descompasso entre as diretrizes estratégicas listadas e o processo anterior de realização do diagnóstico, análise do ambiente e definição das bandeiras, dos objetivos e dos indicadores sinaliza para uma compreensão de planejamento não linear de desdobramento da estratégia, mas de dois processos simultâneos que se influenciam entre si. Ou seja, assim como descreve Silveira (2013), existe um processo que realizou a construção do diagnóstico, objetivos e

visão, mas que paralelamente desenvolveu e incluiu as diretrizes estratégicas, que não encontram relação tão clara de subordinação aos demais itens do plano.

No entanto, vale ressaltar como o papel do PMDI é percebido pelos entrevistados como muito discreto ou pouco perceptível no cotidiano de suas atuações e ao longo das entrevistas ele não recebeu comentários sobre sua interlocução com os outros planos. O que fez com que o entrevistador precisasse abordar o PMDI para que fosse contemplado nas falas.

Perguntado sobre isso, o ENTREVISTADO D, pertencente a alta gestão, com maior tempo de experiência na secretaria, relatou que o PMDI foi:

um processo muito mais centralizado, não teve tanta capilaridade nas equipes de gabinete e mesmo nas secretarias foi menos capilarizado, foi mais uma consultoria que havia chegado, então a SUGES que acompanhou da Seplag, e acabou fazendo uma proposta muito mais de governo, mais baseada no plano de governo. Eu acho que foi feita entrevistas com o secretário, mas não havia ainda um planejamento estratégico dos órgãos, foi mais *top-down* que *bottom-up* (ENTREVISTADO D).

Dessa forma, é possível perceber que sendo uma proposta realizada mais centradamente pelo secretário de saúde da época, com um viés político e ideológico presente, o PMDI pode ter se enfraquecido como instrumento de gestão e norteamento do trabalho técnico, à medida que a gestão mudou e não existem mais aquele ator e nível político que compunham a secretaria. O próprio ENTREVISTADO D, destaca que em grande parte os técnicos que atuam hoje na SES no processo de elaboração dos planos não são mais aqueles que colaboraram na construção do PMDI vigente, fazendo do conteúdo deste plano muito mais pontual, político e datado, como destacam outros entrevistados que estão na secretaria a partir de períodos mais recentes e compõem equipes de condução metodológica:

O PMDI é considerado por coerência. Nós precisamos comunicar que o PMDI baseou nossas enunciações, principalmente para o planejamento estratégico, já que o PMDI também é uma espécie de plano de governo. Ou melhor, é subvertido em plano de governo, mais do que um instrumento de planejamento. A gente precisa poder dizer que a Secretaria fez seu planejamento estratégico, considerando o que o governo entendeu como prioridade. Porém, o conteúdo é escasso e pontual que considerá-lo significa por vezes a leitura de seus pontos. Eu me lembro, eu fiz isso, eu abri, procurei saúde, mas tinha algo em torno de 4 tópicos. Esses eram itens que estariam contemplados e outros dois temas que em certa medida se relacionam à saúde apenas indiretamente. Não me lembro ao certo, mas algo como saneamento, que do ponto de vista da comunicação com a população diz respeito a saúde, mas não é algo operacionalizado pela SES (ENTREVISTADO A).

O PMDI é mais um instrumento de comunicação do governo do que um instrumento de planejamento. Provavelmente, sua utilidade deve ser mais percebida pela Segov e, certamente, pela Seplag para definir a carteira estratégica do governador. [...] Eu não acho que o PMDI faça parte do processo de planejamento próprio da SES. Nós possuímos interlocuções pontuais com ele [...], porque, esporadicamente, a Seplag faz o monitoramento da carteira do governador, composta também por projetos da secretaria, que está mais relacionada ao PMDI, mas o processo de planejamento da secretaria não tem como marca a absorção desse instrumento. (ENTREVISTADO B).

Na construção do planejamento estratégico nós consultamos, eu acho que do PES também [...] foi uma das etapas de elaboração. Acho que foi a primeira, ou segunda etapa que foi de conhecer os instrumentos já existentes, mas a gente achou pouco conteúdo. Pensando em saúde, existem diretrizes pontuais e exatamente por não ter nenhum informe do governo por não ter nenhum apoio do nível central (Seplag), acho difícil da SES ter desdobrado o conteúdo do PMDI em seus instrumentos de gestão (ENTREVISTADO H).

O PMDI, como destacado pelos entrevistados, parece ter desempenhado um papel periférico no planejamento estratégico da SES-MG. A ausência de uma integração prática entre o PMDI e outros instrumentos de gestão revela-se na percepção de que ele foi um processo centralizado e com pouca capilaridade nas equipes, como apontado pelo ENTREVISTADO D. Esse caráter centralizado, com uma proposta mais governamental e menos técnica, pode ter enfraquecido o PMDI como referência efetiva para a gestão atual, especialmente à medida que a liderança e o corpo técnico mudaram, distanciando-se dos envolvidos em sua criação.

Para muitos, como o ENTREVISTADO A, o PMDI torna-se mais um instrumento de comunicação do governo do que um guia de planejamento técnico, utilizado pontualmente para fins de formalidade. Além disso, o ENTREVISTADO B observa que o PMDI parece mais conectado ao monitoramento estratégico do governador, sem real impacto nas atividades cotidianas da Secretaria.

A falta de informações específicas e de diretrizes operacionais para a saúde é mencionada pelo ENTREVISTADO H, que reconhece que o PMDI foi consultado, mas encontrou poucas diretrizes relevantes para o setor. Em conjunto, essas percepções reforçam o apontamento de que o PMDI, ao longo do tempo, pode ter se tornado um documento político datado e pouco funcional como instrumento efetivo de planejamento setorial na saúde.

4.1.2. Do Plano Estadual de Saúde

Durante a coleta de dados, por meio de entrevista semi-estruturada, vigorou a percepção unânime que correlaciona os três grandes instrumentos de médio prazo colocando o PES como o mais abrangente e, no extremo oposto, o Planejamento Estratégico, tornando o PPAG o instrumento de recorte intermediário.

Quando solicitado que situassem os planos quanto a sua abrangência comparativa, algumas das pessoas entrevistadas apresentaram a seguinte percepção acerca do PES em comparação aos demais instrumentos:

A legislação dos instrumentos de gestão do SUS informa que os gastos em saúde precisam estar planejados no PES, haja vista que o SUS possui funcionamento e características específicas, como a articulação em redes de atenção à saúde e com transferências de recursos por meio do fundo nacional e também dos fundos municipais. [...] Por consequência, o PES tem um papel de incorporar tudo que foi, pretende-se ou está sendo executado, ainda que de uma forma mais ou menos direta, mais ou menos objetiva. Por isso que o plano acaba, de um lado, contendo muitas informações, muitas metas. Em comparação, o número de metas nos planos estaduais é muito maior que o número de metas nos PPA de saúde desses fundos e secretarias estaduais de saúde. Porque ali precisa conter tudo que estou fazendo com ou sem orçamento, que eu estou fazendo agora e que eu posso vir a fazer (ENTREVISTADO B).

O PES, em teoria, ele tem que expressar todo o planejamento de saúde, então, teoricamente, a gente não poderia fazer uma atividade ou desenvolver um programa, desenvolver um projeto que não tivesse expresso dentro do Plano Estadual de Saúde. A tal ponto que, durante a pandemia, um dos momentos mais graves que nós tivemos dentro da secretaria, nós precisamos fazer uma alteração no PES para tratar a respeito do enfrentamento da pandemia. Como não existia qualquer tipo de menção à COVID, a essa doença dentro do PES, nós precisamos fazer essa alteração no PES para caminhar com isso enquanto iniciativa, enquanto atividade. Então, o Plano Estadual de Saúde, em teoria, todas as atividades e todas as ações precisam estar constantes dentro dele (ENTREVISTADO C).

O Plano Estadual de Saúde é o grande guarda-chuva, então não tem nada que a gente possa executar que não esteja previsto no plano. Então ele não é uma priorização, ele é o todo. Então acaba que as diretrizes são mais genéricas, são mais gerais para conseguir caber todas as nossas políticas e também não engessar a nossa execução. Uma vez que o plano possui horizonte de quatro anos e a gente tem alguns entraves para conseguir revisão (ENTREVISTADO D).

Dessa forma, fica evidente que, segundo a percepção dos atores de planejamento da saúde estadual, o PES possui uma função abrangente, em que se busca, principalmente, incluir, ainda que de forma genérica, as mais diversas possíveis ações para o quadriênio. Na percepção dos entrevistados, fica claro ainda

que nessa busca por não limitar a execução de ações pela secretaria, tende-se a ter um instrumento mais amplo e menos específico, que permita, por interpretação, abarcar as ações pouco imaginadas em sua elaboração, mas que possam vir a serem executadas.

Durante as entrevistas, sinalizou-se que como tendência atual, os instrumentos de gestão do SUS, cada vez mais, precisam garantir essa amplitude. Isso porque, legislações e formas de organizações mais recentes advindas do Ministério da Saúde, exigem que, para participar e aderir a políticas públicas federais, sejam elaborados planos específicos nos quais sinalize-se a vinculação daquela política aos objetivos expressos no PES.

Ou seja, à medida que o Ministério da Saúde lança políticas como Mais Acesso a Especialistas e o Programa SUS Digital, por exemplo, tendo por etapa para recebimento dos recursos a elaboração dos Plano de Ação Regional (PAR) e Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital, respectivamente, tendo por parte desses planos a vinculação das estratégias e recursos solicitados a vinculação aos planos estaduais de saúde, exige-se que esses planos sejam ainda mais genéricos para contemplar vinculação com futuras oportunidades de angariar recursos em políticas lançadas à nível federal (Brasil, 2024a; 2024b).

O plano de saúde, em tese, deveria refletir as reais necessidades da sociedade e ser o principal instrumento de planejamento e execução das ações da SES. No entanto, na prática, sua principal finalidade tem se voltado para sua aprovação pelo controle social, representado pelo Conselho de Saúde. Esse foco no processo de aprovação, em vez da construção de um plano que seja operacionalizável e efetivo para a sociedade, tem limitado o potencial do PES enquanto instrumento estratégico. Como relatado pelo ENTREVISTADO A, o foco está prioritariamente na aprovação quando comparado a questões como formato, coerência ou ainda operacionalização desse plano.

Esse processo torna o PES menos voltado para a realidade concreta da gestão e mais para um cumprimento formal das exigências do controle social. A participação do conselho, que deveria ser diretiva e inicial, por meio das Conferências de Saúde, bem como um mecanismo de monitoramento e construção conjunta, acaba se resumindo à sua capacidade de aprovar ou reprová-lo.

Entretanto, mesmo essa prerrogativa de reprovação tem se mostrado pouco eficaz em termos práticos, como explica o entrevistado C, membro de equipe de condução metodológica:

No fim das contas essa participação do conselho está muito relacionada à aprovação ou não aprovação dos instrumentos de gestão. Então, o fato deles poderem não aprovar gera para eles essa moeda. Só que ao mesmo tempo, a não aprovação deles dos RAG 2019, 20 e 21, até hoje, não surtiu mais efeito nenhum. Então, assim, eles reprovam e aí, o que acontece depois? Então essa moeda de troca que eles tem, até hoje, também não teve nenhum efeito prático (ENTREVISTADO C).

Diante desse cenário, surge uma tendência recente de aprimoramento e qualificação dos instrumentos de gestão, incluindo o PES, tanto no seu formato quanto em seu conteúdo. Esse movimento, embora positivo, ainda está intimamente ligado à necessidade de garantir a aprovação pelo conselho, o que limita, em certa medida, o avanço para uma gestão mais alinhada às necessidades da sociedade. Conforme um dos entrevistados, representante da alta gestão:

Eu acho que é muito até pelo perfil técnico hoje que se tem inclusive no gabinete. [...] Acabava ficando muito como 'ah isso é da AEST', era um interesse muito só da Assessoria Estratégica, e nós tínhamos muita dificuldade, às vezes, de convencer as pessoas que é aquilo importante. E agora, [...] conseguiu-se disseminar essa cultura de que é um instrumento importante e que o conselho é importante. Eu acredito que estamos em um momento de diálogo muito aberto, então ter um instrumento mais claro, muito técnico e de qualidade, qualifica também o nosso relacionamento com o conselho. [...] Antes, era muito tocado, como uma coisa assim, mais pró-forma, uma coisa mais de gaveta, e hoje não, acho que a gente tem conseguido ter essa porta aberta de diálogo com o conselho e por isso é importante, a gente entende a importância de ter um instrumento de planejamento qualificado que facilita o diálogo (ENTREVISTADO D).

Esse aprimoramento, ao facilitar o diálogo com o conselho, sinaliza uma evolução na qualidade técnica dos instrumentos, evoluindo no aprendizado sobre a relevância da participação social, embora coexistindo com o vínculo à finalidade de aprovação.

Assim, o desafio de se construir um PES focado na aprovação do conselho distancia o plano de seu propósito como um instrumento estratégico capaz de comunicar de forma clara e eficiente com a sociedade por completo. Além disso, essa ênfase limita o PES enquanto ferramenta de operacionalização das estratégias regionais e de financiamento do SUS, conforme previsto no artigo 36º da LOS (Brasil, 1990).

Durante a análise dos textos legislativos e como relatado pela percepção do ENTREVISTADO B, que integra as equipes de condução metodológica, pode-se inferir que entre as vontades do legislador, ao criar as normativas que regem o SUS, pode ter havido uma potencial intenção de promover a coerência e a coesão no planejamento entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Nesse sentido, o Manual do PlanejaSUS (Brasil, 2009, p. 84) corrobora essa perspectiva ao expor que:

Por outro lado, considerando que na saúde os recursos financeiros nos municípios e estados resultam da conjugação de recursos próprios e de transferências intergovernamentais, deve-se, também, observar o planejamento um do outro.

Lembramos, ainda, o disposto no art. 12 da Lei 10.933 (BRASIL, 2004a), que trata dos pactos de concertamento – facultando-se ao Poder Executivo Federal estabelecer pactos com estados, municípios e DF, definindo atribuições e responsabilidades das partes com vistas à execução do PPA.

Na saúde, essa faculdade está reproduzida no pacto da saúde – instrumento de definição de responsabilidades entre os gestores da saúde municipal, estadual e federal, visando à execução de planos locais, regionais e estaduais na área da saúde, compatibilizando-se metas nacionais, estaduais e municipais. O planejamento, em sua organização sistêmica – expressa no PlanejaSUS –, é instrumento fundamental para esse concertamento entre as esferas de gestão do SUS (Brasil, 2009, p. 84).

No entanto, há uma quebra evidente entre essa intenção e o que ocorre na prática. Embora a legislação do SUS, como a LCP nº 141 (Brasil, 2012), estabeleça diretrizes para promover a integração no planejamento em saúde, esses textos possuem limitações para abarcar obrigações aos ritos dos instrumentos de planejamento governamental, o que impede que as demais instituições atuem de forma coerente sob a ótica dos instrumentos de gestão do SUS.

Essa pode ser uma consequência do processo legislativo que apresenta características que impactam a articulação com outros instrumentos de planejamento governamental geral. A complexidade política e a natureza fragmentada do processo legislativo limitam a possibilidade de ajustar as obrigações desses instrumentos ao modelo do SUS. Além disso, muitos desses instrumentos

têm fundamento constitucional, o que torna necessárias adaptações legislativas que vão além do alcance da legislação infraconstitucional do SUS. Como resultado, há uma fragmentação na aplicação prática dessas diretrizes, evidenciando a dificuldade em estabelecer uma lógica plenamente integrada entre o SUS e outras áreas de governo.

A distinção entre o PPAG e o PES exemplifica essa divergência. O PPAG, diferentemente do PES, segue um rito próprio e não requer a aprovação pelo controle social. Isso o torna menos acessível à população e menos comunicável em comparação ao PES, que, por sua vez, depende diretamente da aprovação pelo Conselho de Saúde, um órgão representativo da sociedade civil. Como apontado pelo ENTREVISTADO B: "A participação social, no caso do PPAG, e a capacidade da população de interferir no PPAG é muito limitada [...] Ele não é construído com o objetivo de ser comunicável com a população, diferente do PES, que precisa ser, porque a gente precisa da aprovação".

Esse cenário revela uma lacuna importante na tentativa de coerência entre os instrumentos de planejamento. A legislação do SUS pode ter promovido um foco na integração e coesão do planejamento em saúde entre os entes governamentais, como reflexo da necessidade de unificação das políticas públicas de saúde e sua atuação no modelo de Rede de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, esse esforço, caso verdadeiro, não se refletiu nas outras áreas do planejamento governamental, como no PPAG, que tem uma lógica interna muito mais voltada à gestão orçamentária e não à comunicação ou à aprovação pelo controle social, por exemplo.

Nesse sentido, outra evidência do aparente insucesso da legislação do SUS na tentativa de fazer com que o processo de integração planejado pelo legislador atingisse de forma abrangente as demais áreas governamentais, como percebido pelo ENTREVISTADO B, é a própria delimitação da competência da LCP 141/2012 (Brasil, 2012). A Lei Complementar nº 141, que regula o financiamento das ações de saúde, limita-se aos fundos estaduais de saúde, sem necessariamente estabelecer um vínculo forte com outros instrumentos de planejamento, como o PPAG, a LDO e a LOA. Como observa o ENTREVISTADO B:

A 141 é importante e uma conquista, mas a jurisdição dela é limitada aos fundos estaduais de saúde. Não necessariamente, a lógica dela comunica com a lógica dos instrumentos de planejamento governamental, porque

nada obriga a Seplag a de fato colocar prioridades claras, técnicas, objetivas, coerentes com os outros instrumentos de planejamento na LDO. Então o que acontece em Minas Gerais, por exemplo, é que o capítulo de prioridades da LDO [...] reflete muito mais o PMDI [...] (ENTREVISTADO B).

Isso demonstra que pode ter existido alguma lacuna ou limitação aos legisladores do SUS em criar um rito semelhante dentro de cada esfera de governo tanto para o planejamento setorial como governamental geral, o que teria favorecido a integração dos planos de saúde com os demais órgãos de gestão. Reiterando, a percepção que o ENTREVISTADO B dispõem é de que o foco estaria, durante a elaboração, muito mais em homogeneizar as três esferas da federação. Sempre cabendo ressaltar as particularidades do processo legislativo que limitam politicamente e tecnicamente as possibilidades de legislações infra-constitucionais do SUS regularem também outros planejamentos mais amplos. Por consequência, criou-se uma fragmentação que reflete a diferença prática entre o PES e o PPAG. Enquanto o primeiro precisa ser comunicável e aprovado pelo controle social, o segundo mantém uma lógica interna e orçamentária, desconectada das prioridades de planejamento em saúde e distante do controle da população.

4.1.3. Do Plano Plurianual de Ação Governamental

O Entrevistado B, como supracitado, comparou os planos de saúde aos planos plurianuais em relação ao número de metas, afirmando que, frequentemente, o primeiro apresenta uma diversidade maior de indicadores em relação ao segundo. De toda maneira, as distinções entre esses dois planos não se restringem ao número de metas considerando aquilo que eles devem conter. O entrevistado B esclarece as razões da seguinte maneira:

O planejamento orçamentário, que é o PPAG, recorta de todas as ações que a SES executou, executa, executará ou poderá executar, aquilo nós estamos planejando de forma um pouco mais objetiva, para os próximos quatro anos, alocando o dinheiro para ser executado. Então eu entendo que o PPAG é um nível a mais de recorte dentro do que está do PES, mais específico do que isso e vai ter uma característica um pouco mais orçamentária (ENTREVISTADO B).

Ou seja, sinaliza-se para um foco no orçamento presente no PPAG, bem como a necessidade de maior grau de previsibilidade, objetividade e clareza da ação governamental para que ela componha este plano. Nesse sentido, percebe-se os potenciais impactos do fenômeno descrito por Garcia (2012) como comentado em capítulos anteriores. Os planos plurianuais perderam a natureza inerente de um

plano que se trata de selecionar e priorizar ações, se tornando, como é notável, uma programação plurianual de despesas (Garcia, 2012).

No âmbito dos planos de médio prazo, esses planejamentos também apresentam diferenças na prática daquela finalidade pensada na legislação. Retomando, os planos plurianuais, como defende Garcia (2012), vem sendo acomodado como uma programação plurianual de despesas, se tornando incapaz, em muitos casos, de informar os problemas enxergados pela Administração Pública, as seleções de prioridades realizada pelo governo, assim como não deixa claro as alternativas selecionadas para o enfrentamentos dessas questões.

O ENTREVISTADO A, também pertencente às equipes de condução metodológica, ao ser questionado sobre a natureza estratégica do PPAG, apontou o seguinte:

Porque ele é percebido como muito operacional e muito instrumental. PPAG não é um plano percebido como estratégico, não tem reflexão conceitual ali, tem disputas por recursos e tem uma preocupação com a execução do gasto. A grande disputa, a grande questão existe [...] é que as áreas técnicas todas desejavam que o PPAG refletisse exatamente a estrutura organizacional da SES. Então ao ouvir as áreas técnicas, cada uma deseja que cada coordenação tenha uma ação orçamentária e não importa o que a ação faz, importa você ter o seu orçamento, se assemelhando a um centro de custos. Então ninguém vê o PPAG como um instrumento de comunicação com a sociedade, como um instrumento de prestação de contas, que você precisa ter ali um mínimo de organização que qualquer pessoa que não trabalhe na SES consiga entender (ENTREVISTADO A).

Ou seja, o ENTREVISTADO A reforça a incapacidade do plano plurianual ser de fato um plano estratégico para além de uma peça que informa o orçamento. Em sua perspectiva, isso se dá em razão da percepção que os gestores possuem sobre sua finalidade, ou seja, em razão da percepção de que esse é um instrumento operacional e instrumental, que atua de forma a apenas garantir os recursos orçamentários para aquele departamento da organização. Assim, o instrumento de planejamento governamental de médio prazo tende a se fechar no tecnicismo e não permitir uma interlocução com a sociedade acerca das prioridades e ações de governo.

Cabe ressaltar ainda, que da forma como são dispostas as informações no PPAG, a unidade responsável já é um item de importante relevância. Isso porque, ainda que exista uma unidade responsável pelo programa, as ações são segregadas na estrutura do plano por cada unidade responsável pelo grupo de ações a ser ali

dispostas. Em paralelo, por exemplo, no PES a unidade responsável aparece como um atributo da meta, não ganhando relevância de estruturação direta do documento. Dessa forma, não se justificaria criar ações com base na estrutura organizacional, como já dito pelo ENTREVISTADO A.

Em Minas Gerais essa questão pode estar sendo agravada pela prática de enviar revisões amplas e frequentes do plano plurianual anualmente, à medida que os gestores já preveem a flexibilidade de revisar o PPAG. Isso porque, sabendo que os gastos poderão ser revistos e pensados mais próximo de sua execução, os gestores tendem a se empenhar menos na tentativa de serem mais assertivos quanto a estrutura de programa, ações e previsão de recursos para o quadriênio, priorizando apenas o ano seguinte. Esse fenômeno é corroborado pela percepção do ENTREVISTADO D, que representa a alta gestão da SES-MG.

O PPAG, com a questão do estado fazer as revisões anuais, nós acabamos tornando menos abrangente, a preocupação para o quadriênio reside principalmente no conteúdo que resultará na parte qualitativa da Lei Orçamentária Anual. Então, sabendo que vamos poder revisar ano que vem, com exceção do primeiro ano, o foco consiste no que está planejado para o ano seguinte (ENTREVISTADO D).

Assim, o PPAG emerge como mais um exemplo de instrumento que se distancia de sua finalidade originalmente descrita na legislação. Embora concebido para orientar a alocação de recursos e priorizar ações estratégicas de médio prazo, o PPAG tem assumido um caráter predominantemente operacional e orçamentário. Ele se tornou, em grande parte, um mecanismo de previsão de despesas, perdendo sua capacidade de indicar as prioridades. A falta de um enfoque conceitual e a pressão para atender demandas imediatas transformaram o PPAG em um instrumento técnico, voltado mais à disputa por recursos dentro da estrutura governamental do que à comunicação clara das prioridades e ações governamentais para a sociedade. Conseqüentemente, o PPAG se afasta de seu papel estratégico e amplia a fragmentação entre os instrumentos de planejamento estadual.

4.1.4. Do Planejamento Estratégico

Nesse sentido, essa necessidade de definir importâncias diante dos recursos humanos e orçamentários escassos coube ao Planejamento Estratégico. Esse instrumento, na visão do ENTREVISTADO A, é um espaço mais fácil de se planejar pela não obrigação de interlocuções com a secretarias meio de governo e

de negociação da aprovação junto a organismos como o CES-MG e a Assembleia. Esse planejamento estratégico realizado por uma boa prática da secretaria, como chamou o entrevistado, trouxe consigo diretrizes e prioridades mais claras facilitando o processo de priorização junto ao distanciamento de atores externos desse instrumento.

Como já mencionado, a SES-MG optou pela elaboração de um planejamento estratégico no ano de 2023, o qual possui um horizonte de quatro anos. Durante a apresentação de lançamento realizada em abril de 2023, o objetivo do plano é explicado como a forma de se iniciar um ciclo mais robusto, mais planejado e mais colaborativo após o encerramento do segundo ano de gestão do novo corpo de gabinete da secretaria, muito marcado pela pandemia. Assim, o planejamento estratégico é tido como capaz de orientar os esforços rumo ao SUS e a SES que desejavam. Menciona-se, também, que seria a partir deste instrumento que o trabalho e as cobranças seriam realizados (Planejamento Estratégico | SES, 2023).

O mapa estratégico da secretaria é composto por seus oito valores estratégicos, que são apontados durante o lançamento como aqueles itens dos quais não se pode abrir mão, por serem razões de orgulho e motivação para as pessoas que trabalham na SES, pela sua missão, “transformar a maneira de pensar e fazer saúde pública em Minas Gerais para entregar soluções consistentes e eficazes ao cidadão” e os dezesseis objetivos estratégicos divididos entre objetivos para a SES, reunidos sob a intenção de “ter um ambiente gerencial organizado e saudável, que estimule a colaboração entre pessoa para superação de problemas estruturais com foco em resultados reais para o cidadão, e objetivos para o SUS, que organizam a estratégia no sentido de ter o sistema de saúde organizado e eficiente que ofereça cuidado regionalizado de qualidade, ordenado pela APS, com equidade e com foco em resultados reais para o cidadão, esses objetivos estratégicos tem o objetivo de apontar para o alcance da visão organizacional de Tornar Real o SUS Ideal. Conforme apresentado pela SES-MG (2023), os textos que compõem o mapa estratégico da secretaria definem o seguinte:

Quadro 6: Mapa Estratégico 2024-2026 da Secretaria de Estado de Saúde

Visão	Tornar Real o SUS Ideal
Missão	Transformar a maneira de pensar e fazer saúde pública em Minas Gerais para

	entregar soluções consistentes e eficazes ao cidadão.	
O que queremos para o SUS	Ter o sistema de saúde organizado e eficiente que ofereça o cuidado regionalizado, de qualidade ordenado pela Atenção Primária, com equidade e com foco em resultados reais para o cidadão.	
O que queremos para a SES	Ter um ambiente gerencial organizado e saudável, que estimule a colaboração entre pessoas para a superação de problemas estruturais, com foco em resultados reais para o cidadão.	
Valores	<ul style="list-style-type: none"> • Transparência • Colaboração • Humanização • Foco no Cidadão • Integridade • Foco em Resultados • Resolubilidade • Decisão informada por evidências 	
Objetivos SES	1	Prover a força de trabalho necessária para o alcance dos resultados
	2	Formar equipes de alto desempenho que dominem os processos de trabalho e os executem de forma colaborativa
	3	Manter equipes satisfeitas e que se orgulhem de trabalhar na SES
	4	Promover a melhoria contínua de práticas de gestão
	5	Disponibilizar oportunamente de dados confiáveis para subsidiar a tomada de decisão
	6	Gerir recursos com foco em resultados reais, simplificando e qualificando as estratégias de financiamento
	7	Qualificar o relacionamento institucional com atores externos para subsidiar a construção de políticas que garantam o acesso à saúde
	8	Ser destaque nas agendas positivas do governo por meio da disseminação de conteúdos e entregas de qualidade
Objetivos SUS	1	Garantir a participação social na construção e na implementação das políticas de saúde
	2	Ter redes de saúde prioritárias estruturadas e resolutivas
	3	Aproximar os serviços de saúde do cidadão, por meio de uma Atenção Primária à Saúde universal e um cuidado humanizado
	4	Alcançar o maior nível de cobertura vacinal, para prevenir internações e óbitos
	5	Modernizar e agilizar a assistência por meio da implementação de tecnologias de saúde
	6	Promover o acesso às redes assistenciais, de acordo com a necessidade por procedimentos e serviços de saúde nos territórios
	7	Integrar o atendimento pré-hospitalar à rede de urgência e emergência reduzindo a morbimortalidade
	8	Reduzir a taxa de mortalidade materno-infantil a um dígito

Fonte: Minas Gerais, 2023. Elaboração própria.

Para estabelecer o grau de compatibilização e elencar as diferenças entre o planejamento estratégico organizacional proposto pela SES-MG e a estratégia lançada pelo PMDI, desenvolveu-se uma comparação entre as diretrizes estratégicas de longo prazo e sua absorção nos objetivos estratégicos de médio prazo, disposto no quadro à seguir:

Quadro 7: Relação entre diretrizes estratégicas do PMDI e objetivos estratégicos do planejamento estratégico.

Nº	Diretrizes estratégicas	Nº	Objetivos estratégicos relacionados
1	Recuperar o poder de gestão da saúde no âmbito da judicialização, buscando solucionar de forma célere, problemas nas fontes originárias do conflito.		
2	Expandir o acesso e melhorar a qualidade da atenção primária, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos.	2	Ter redes de saúde prioritárias estruturadas e resolutivas
		3	Aproximar os serviços de saúde do cidadão, por meio de uma Atenção Primária à Saúde universal e um cuidado humanizado
		5	Modernizar e agilizar a assistência por meio da implementação de tecnologias de saúde
3	Fortalecer a atenção secundária e terciária, expandindo a oferta e melhorando a qualidade de serviços regionalizados	2	Ter redes de saúde prioritárias estruturadas e resolutivas
		6	Promover o acesso às redes assistenciais, de acordo com a necessidade por procedimentos e serviços de saúde nos territórios
		7	Integrar o atendimento pré-hospitalar à rede de urgência e emergência reduzindo a morbimortalidade
		8	Reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil a um dígito
4	Fortalecer a estrutura de governança e a regionalização da atenção à saúde, considerando as especificidades regionais e a necessidade de aperfeiçoar ações de apoio institucional junto aos municípios	2	Ter redes de saúde prioritárias estruturadas e resolutivas
		6	Promover o acesso às redes assistenciais, de acordo com a necessidade por procedimentos e serviços de saúde nos territórios

<p>5 Promover a readequação dos hospitais de pequeno porte de acordo com a estrutura funcional e a vocação de cada um e as necessidades sanitárias de cada região, garantindo a prestação de pronto atendimento, com vistas a fortalecer e aumentar a resolutividade da política hospitalar no Estado</p>	<p>2 Ter redes de saúde prioritárias estruturadas e resolutivas</p>
<p>6 Garantir a integralidade das ações e dos serviços de acordo com a regionalização e a hierarquização do atendimento, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas do Estado</p>	<p>2 Ter redes de saúde prioritárias estruturadas e resolutivas</p> <hr/> <p>3 Aproximar os serviços de saúde do cidadão, por meio de uma Atenção Primária à Saúde universal e um cuidado humanizado</p> <hr/> <p>6 Promover o acesso às redes assistenciais, de acordo com a necessidade por procedimentos e serviços de saúde nos territórios</p> <hr/> <p>7 Integrar o atendimento pré-hospitalar à rede de urgência e emergência reduzindo a morbimortalidade</p> <hr/> <p>8 Reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil a um dígito</p>
<p>7 Universalizar a assistência, garantindo às populações urbana e rural igualdade no acesso a todos os níveis de atenção dos serviços de saúde.</p>	<p>3 Aproximar os serviços de saúde do cidadão, por meio de uma Atenção Primária à Saúde universal e um cuidado humanizado</p> <hr/> <p>6 Promover o acesso às redes assistenciais, de acordo com a necessidade por procedimentos e serviços de saúde nos territórios</p>

Fonte: Elaboração própria.

Após avaliar o desdobramento das diretrizes estratégicas elencadas pelo plano geral de governo nos objetivos estratégicos internos da secretaria, é possível perceber que a primeira das diretrizes não foi recebida pelo planejamento interno da secretaria. Essa observação reitera a argumentação elaborada na tese de Silveira (2013) que constata como os processos de planejamento governamental não se tratam de processos lineares de desdobramento da estratégia, representando uma fuga do modelo tradicional de planejamento. Ou seja, à medida que cada diretriz estratégica do PMDI e seus demais componentes não se decompõem diretamente em itens do planejamento organizacional da SES-MG aponta-se para a existência de um processo mais complexo e imbricado, em que as categorias existentes nos dois

planos em alguma medida dialogam, mas de uma forma não linear e subordinada, se aproximando de concepções como aquelas tidas por Mintzberg (2000, 2006).

Questionado sobre essa não recepção o ENTREVISTADO A disse o seguinte:

Quando a gente estava fazendo o planejamento estratégico, a judicialização estava sendo muito discutida. [...] Na etapa de levantamento de problemas, a judicialização ficou muito forte e ela fez parte da lista de 30, 40 problemas que a gente levantou com as equipes para o gabinete priorizar. A gente conseguia, naquela época, fazer 15 oficinas de imersão em problemas, por isso a gente deu para o secretário adjunto e o secretário, a tarefa de pegar esses 30, 40 problemas e colocar em ordem. Os primeiros 15 seriam objeto de uma oficina sobre cada um e eles vão reverberar no planejamento estratégico. [...] A judicialização ficou em último lugar na priorização dos temas de gestão. [...] A gente estava apostando que seria uma das primeiras.

[...] Queria fazer um planejamento estratégico que engajasse as equipes. Então, não é como se esse Planejamento Estratégico apenas evidenciasse os problemas mais graves. Ele está apontando para o futuro, sobre o que a gente quer fazer, sobre o que a gente quer ter. Por isso eu reforço que ele é uma ferramenta de comunicação muito mais que uma ferramenta puramente técnica. Eu acho que ele tem muito sucesso em mobilizar das equipes, reforçar a mensagem de que a gente precisa trabalhar mais rápido, de que a gente precisa se comunicar melhor. A organização precisava saber que, se a gente tem projeto, tem que executar as tarefas do projeto e que pra tudo tem data, isso não havia na SES com essa intensidade (ENTREVISTADO A).

O Planejamento Estratégico, conforme destacado pelo ENTREVISTADO A, membro de equipe de condução metodológica, se configura como uma ferramenta de comunicação que vai além de um instrumento técnico e detalhado. Sua principal finalidade não é necessariamente abordar os problemas mais graves que afligem a SES-MG, mas sim projetar um futuro desejado, mobilizando a equipe e orientando ações para alcançar metas e objetivos. Isso o distingue de outros instrumentos de gestão, pois, na prática, ele desempenha um papel que difere daquele esperado em teoria. O foco está na construção de um horizonte de atuação, gerando engajamento e dando direção às iniciativas da secretaria, o que nem sempre inclui os problemas estruturais mais complexos e urgentes que o órgão enfrenta.

O exemplo da judicialização, como apontado pelo ENTREVISTADO A, ilustra bem essa dinâmica. Embora a judicialização tenha sido identificada como um dos problemas mais críticos no levantamento inicial durante o processo de planejamento, ela acabou ficando em último lugar nas prioridades estratégicas. Esse deslocamento de um problema tão relevante sugere que questões estruturais, sem

soluções claras ou rápidas, acabam sendo relegadas, mesmo que continuem a ser enfrentadas por outras vias, como o PPAG ou o PES. O Planejamento Estratégico, por sua vez, adota uma perspectiva mais voltada para a comunicação interna e para a definição de projetos futuros, destacando o que a secretaria quer realizar, não necessariamente focado diretamente em todos os problemas que precisa enfrentar.

Outras hipóteses viáveis surgem na interlocução com a literatura de ritos e mitos organizacionais. Nesse sentido, o planejamento estratégico poderia ser visto como um ritual que reuniria os grupos atuantes na secretaria com a finalidade de gerar consensos, viabilizando a estratégia, e promover a ampliação do poder do dirigente, colocando-o na arbitragem dos interesses conflituosos internamente, como sugere a teoria de Crozier (1981).

Na perspectiva de Merton (1957), o poder simbólico presente na elaboração de um planejamento estratégico, ainda seria capaz de se demonstrar em si mesmo como uma estratégia. Para esse autor, o instrumento pode ser também criado para transmitir imagens e despertar sensações, mesmo que, na prática, não estejam diretamente resolvendo os problemas mais críticos, como a judicialização.

Portanto, é evidente como que para além de quaisquer adversidades, intervenções e complexidades que possam surgir na prática durante o processo de elaboração da estratégia da secretaria, os instrumentos de planejamento, aqui exemplificados como PMDI, plano de saúde, planejamento estratégico e plano plurianual, possuem em sua origem finalidades e abrangências distintas. É certo e imaginável que, em perspectiva de itens diferentes e sob objetivos diferentes, os instrumentos tivessem alguma tendência a divergir entre si.

Essa distinção reflete um fenômeno comum aos instrumentos de planejamento, como já abordado acima: suas finalidades práticas diferem das suas concepções teóricas. O Planejamento Estratégico, ao invés de ser uma ferramenta técnica para resolver problemas de gestão de forma direta, assume a função de catalisador de ações e de comunicação entre os diversos setores da secretaria. Por isso, problemas graves e de difícil resolução, como a judicialização, muitas vezes não aparecem de forma proeminente no Planejamento Estratégico, pois a sua estrutura e complexidade não se encaixam no tipo de ação projetada por esse instrumento. Mesmo que ações sobre esses problemas existam, elas tendem a ser tratadas por outros planos, como o PPAG e o PES, que possuem uma natureza mais operacional e detalhada.

Como discutido anteriormente, os planos de planejamento no setor da saúde apresentam diferentes abrangências e finalidades, refletindo suas funções específicas dentro do sistema. Essas distinções e recortes podem ser observados na figura a seguir:

Figura 5: Relação de abrangência entre os instrumentos de gestão.



Fonte: Elaboração própria.

O PES é o mais abrangente, pois deve incluir todas as ações e possibilidades de gastos na saúde. Ele funciona como um grande “guarda-chuva” que abarca todas as atividades do setor, garantindo que nada seja executado fora do escopo planejado.

Por outro lado, o PPAG representa um recorte mais objetivo e orçamentário do PES. Ele foca nas ações e metas que possuem alocação de recursos financeiros, sendo mais específico em termos de execução orçamentária. O Planejamento Estratégico (PE) destaca as ações estratégicas, incluindo aquelas que não necessariamente envolvem gastos financeiros. Este plano abrange tanto elementos do PPAG quanto outras iniciativas estratégicas que não são orçamentárias, permitindo uma visão mais ampla das prioridades estratégicas do setor.

Finalmente, o PMDI contém partes das ações estratégicas mencionadas nos outros documentos, mas também inclui uma gama de iniciativas que poderiam ser

melhor aproveitadas pela secretaria para um desenvolvimento mais integrado e eficiente. Embora o PMDI tenha um enfoque estratégico, ele também reflete a necessidade de adaptação às mudanças de governo e às demandas emergentes, o que pode levar a uma reinterpretação dos planos originais. Essas diferenças de abrangência e foco permitem que cada plano cumpra seu papel específico dentro do sistema de planejamento, garantindo uma gestão mais eficaz e adaptada às necessidades do setor de saúde.

Se no campo legislativo cada instrumento de planejamento no setor da saúde é concebido com finalidades e abrangências específicas, na prática, eles sofrem ajustes e acomodações ao longo do tempo. Essa adaptação decorre não apenas de desafios operacionais, mas também das interpretações e internalizações desses instrumentos por seus elaboradores, criando dificuldades para sua compatibilização.

A visão de Mintzberg e Quinn (2006) sobre a estratégia como um processo emergente, que se ajusta conforme a realidade prática e as pressões externas, ajuda a explicar por que esses instrumentos, apesar de suas delimitações na legislação, passam por reinterpretações para se adequar às exigências do contexto em que são elaborados. Assim, o que originalmente foi previsto como planos distintos em suas abrangências e finalidades, como o PMDI, o PES, o Planejamento Estratégico e o PPAG, acaba sendo moldado para responder a necessidades de articulação e execução potencialmente ainda mais distantes.

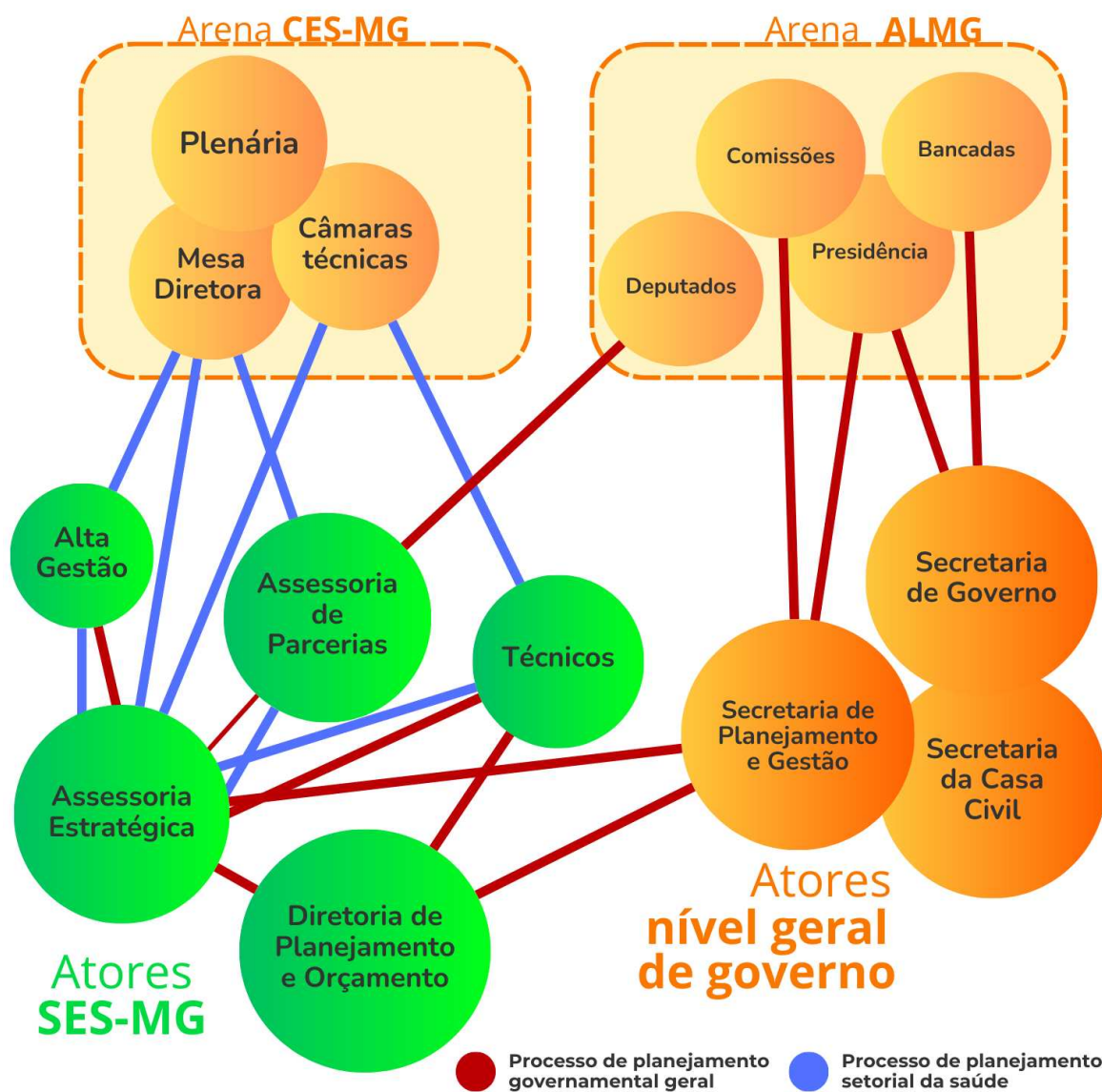
Fato é que as acomodações realizadas nos instrumentos de planejamento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) decorrem, em grande medida, da percepção e interpretação que os atores envolvidos atribuem à sua finalidade, abrangência e modo de execução. O descompasso entre a intenção legislativa e a prática cotidiana reflete a complexidade do contexto em que esses planos são construídos. Os instrumentos, como o PMDI, PES, Planejamento Estratégico, o PPAG e suas respectivas atualizações, embora desenhados com propósitos teóricos distintos, acabam sendo moldados pelas pressões do controle social, pelos ritos administrativos e pela necessidade de articulação prática dentro do governo. Assim, mais do que documentos técnicos, esses planos se tornam objetos de interpretações dinâmicas, influenciadas pela experiência e prioridades daqueles que os elaboram.

4.2. Planejando em rede: a polifonia de atores no planejamento mineiro

Essa realidade aponta para um novo tema central: os atores que participam do processo de planejamento na SES-MG. Quem são esses atores e como percebem e interferem na construção dos instrumentos de gestão? Desde os gestores de alto escalão até os técnicos envolvidos na elaboração dos planos, cada um traz sua visão particular sobre o que deve ser priorizado, qual é o papel de cada instrumento e como eles se comunicam com a sociedade e com o governo. Esses diferentes níveis de influência e participação definem o ritmo, o foco e a forma como o planejamento é implementado, gerando as acomodações que, no final, ditam a execução das políticas de saúde no estado.

A discussão sobre os múltiplos atores no processo de planejamento da SES-MG reflete diretamente os princípios da abordagem de redes de políticas públicas. Conforme analisado em capítulos anteriores com base em Calmon e Trindade (2013), o planejamento e a execução de políticas públicas não são conduzidos por um único ator ou entidade. Pelo contrário, envolve uma rede de atores com diferentes graus de poder e influência, desde os gestores de alto escalão até os técnicos diretamente responsáveis pela elaboração dos planos. Cada um desses atores traz sua própria visão e interesses sobre o que deve ser priorizado, o que se alinha à ideia de que “políticas públicas são formuladas, implementadas e avaliadas a partir de uma rede de atores” com diversas preferências e recursos assimetricamente distribuídos (Calmon; Costa, 2013, p. 11).

Figura 6: Rede de atores envolvidos nos processos de planejamento governamental e setorial.



Fonte: Elaboração própria.

A presença desses múltiplos atores também destaca a questão da interdependência, uma vez que nenhum deles, isoladamente, consegue produzir os resultados esperados. Assim, o planejamento na SES-MG reflete a dinâmica de cooperação, coordenação e conflitos entre as diferentes esferas de influência dentro do governo. No caso da SES-MG, essa pluralidade de vozes e influências também leva à institucionalização de certas práticas, estabelecendo regras formais e informais que orientam a interação entre os atores. Isso ecoa a formação de

subsistemas ou subgovernos, onde cada grupo tem seu próprio papel e autoridade dentro do processo de planejamento.

Como observado por Schneider (2005), apesar de todos os atores estarem envolvidos na formulação das políticas, há diferenças de poder e influência entre eles, e essas dinâmicas são moldadas não apenas por estruturas formais, mas também por laços informais de comunicação e troca de recursos. Dessa forma, o processo de planejamento na SES-MG é uma manifestação prática da complexidade e interdependência das redes de políticas públicas. A seguir será listado os principais atores que marcam o processo de elaboração dos planos aqui abordados, investigar suas percepções e apontar as possíveis consequências para o planejamento em saúde.

4.2.1. Os técnicos

No processo de planejamento governamental da SES-MG, os técnicos desempenham um papel fundamental, sendo responsáveis por iniciar a elaboração dos instrumentos de gestão e moldar as propostas que serão validadas pela alta administração. Esses atores, que compõem o nível operacional da SES-MG e não possuem autoridade formal de decisão, são os que mais interagem com os dados e informações técnicas, transformando esses insumos em peças de planejamento que refletem a realidade operacional.

Por não atuarem diretamente com o cidadão usuário da política pública, mas comporem a burocracia do chamado nível central da SES-MG, os técnicos da saúde se localizam em um espaço conceitual entre a alta gestão, que será tratado a seguir, e o burocrata de nível de rua, geralmente localizado no nível regional, na esfera municipal ou mais próximos dos territórios. Pires (2011, p. 4) explica que, “por ocupar uma posição intermediária, se situa em um ‘limbo’ conceitual entre as abordagens top-down e bottom-up, os burocratas de médio escalão [...] que designam uma posição intermediária entre o topo e a base”. Nesse sentido, os autores que se propuseram a iniciar a elucidação do chamado médio escalão, esclarecem que este é um grupo variado e heterogêneo muito influenciado por contextos setoriais e institucionais, bem como pelos cargos que exercem (Oliveira, 2009; Pires, 2011; Oliveira; Abrucio, 2011).

Entretanto, caracterizar esse grupo de indivíduos que compõem o nível operacional mostra-se um desafio. Isso porque, para além de ser um grupo muito

grande, ele apresenta uma diversidade interna. Nesse sentido o ENTREVISTADO A comentou o seguinte:

Se a gente tem 5 subsecretarias é como se a gente tivesse 5 subculturas dentro da SES. Então, eu acho que tem áreas que tem muito mais expertise e tranquilidade, estão familiarizadas com a ideia de plano. Então sabe que nível de compromisso está implicado ali, que nível de compromisso não está, sabe? [...] tem outras áreas que tem muita dificuldade de elaborar plano porque tem uma resistência muito grande com a responsabilização. [...] porque eles entendem que qualquer letra que se coloca num plano é escrever em pedra um compromisso que eles vão pagar com o próprio CPF. [...] e não é assim, a gente está falando de um indicador que vai ser monitorado. Mas não é a leitura que se faz. [...] o plano, é um vetor para haver discussão. Então, o pessoal quer fazer o plano para deixar ele escrito em pedra e não precisar conversar sobre ele, sabe, e não é para isso que o plano está aí (ENTREVISTADO A).

Nesse comentário estão lançadas as bases para compreender a primeira forma de como a percepção desses indivíduos atua transformando o processo de planejamento da secretaria. O que descreve o ENTREVISTADO A é que a internalização dos planos como um instrumento mutável e voltado para a discussão e transparência pelos indivíduos que operam o planejamento varia de forma que a medida que se distancia desse entendimento, os indivíduos tendem a mostrar-se mais resistentes a transparecer suas intenções por receio de eventuais cobranças e responsabilizações. Ou seja, algumas áreas possuem mais expertise e se mostram mais confortáveis em participar desse processo, enquanto outras resistem, temendo que o planejamento os comprometa de maneira excessiva. Esse temor está associado à percepção de que, ao colocar compromissos no plano, os técnicos seriam responsabilizados pessoalmente por suas ações.

Reforçar-se aqui uma das dimensões das funções dos burocratas de médio escalão, a informacional. Apesar do que acreditava-se inicialmente, as atividades de planejamento, coordenação e monitoramento foram ampliadas por Mintzberg (1973) ao considerar o alto grau de variedade e instabilidade ao qual esses técnicos estão submetidos, lidando com problemas e desafios emergentes. A dimensão informacional dialoga com o comentário do ENTREVISTADO A a medida que reitera a importância do papel de receptor, sistematizar e disseminador de informações realizado pelo médio escalão (Chareanpunsirikula; Wood, 2002; Mintzberg, 1973). Ou seja, assim como percebido pelo entrevistado a interpretação e o grau de

comunicação com o qual as áreas técnicas enxergam o planejamento o determina em certa medida.

Esse processo de compreensão do papel e razões para o planejamento se mistura com um comentário, já antes mencionado, do ENTREVISTADO D:

[...] era um interesse muito só da Assessoria Estratégica, e a gente tinha muita dificuldade, às vezes, de convencer as pessoas que é aquilo importante. E agora, assim, [...] consegue disseminar essa cultura de que é um instrumento importante e que o conselho é importante. Eu acho que a gente está em um momento de diálogo muito aberto, então ter um instrumento mais claro, muito técnico e de qualidade, qualifica também o nosso relacionamento com o conselho. [...] Antes, era muito tocado, como uma coisa assim, mais pró-forma, uma coisa mais de gaveta (ENTREVISTADO D).

Para cumprir seu papel, em certa medida, mostra-se necessário que os técnicos passem por um processo de convencimento da relevância da atividade de planejar e da interlocução com a sociedade civil ou organismo que lhe represente. Ainda assim, é importante entender que cada um dos planos recebe na percepção das áreas técnicas um grau de importância e significados diferentes, o que corrobora para que esses planos também tenham divergências entre si.

O ENTREVISTADO A pontuou ao longo de sua fala, a partir dos exemplos do PPAG e PES, que cada instrumento de gestão possui percepções completamente diferentes para as áreas técnicas. Na visão do entrevistado, o PPAG guarda maior nível de relevância e engajamento dos membros técnicos da SES para que o instrumento reflita seus desejos e suas vontades. Isso porque, o PPAG seria mais presente no cotidiano dos gestores e geraria maiores implicações práticas para eles, tendo em vista que muitos desses são ordenadores de despesa ou gestores de ação orçamentária.

Enquanto para o PES, a visão dos técnicos que vigoraria é aquela de que o PES é um compromisso assumido pelas áreas junto ao Conselho, e portanto, existiria um medo de responsabilização. Ou seja, o PES é visto com mais cautela, pois seu compromisso com o Conselho de Saúde provoca um receio de responsabilização. Isso faz com que as ações mais robustas e qualificadas ganhem maior destaque no PES, enquanto outras, consideradas mais frágeis, são omitidas ou subestimadas. A consequência desse processo é que o que ganhará maior relevância e destaque em cada um dos planos depende da percepção dos técnicos que o elaboram potencializando as incompatibilidades desses instrumentos, uma

vez que como enunciado, esses técnicos apresentam visões diferentes sobre os planos.

Aqui fica evidente que a natureza interpessoal das atividades desse grupo de atores, como preconizado na literatura, influencia também os processos de planejamento. Isso porque, como coloca Chareanpunsirikula e Wood 2002, bem como pela sistematização de Mintzberg (1973), o empenho de negociações e disputa durante os processos de planejamentos estão carregados de atividades ligadas ao gerenciamento de relações com superiores, subordinados e pares na atuação dos médio burocratas.

Também reforçar-se nas percepções dos ENTREVISTADOS A e H como esse corpo burocrático pode favorecer ou dificultar o processo de planejamento à medida que concorda ou não enxerga valor nele. Essas interações podem ser classificadas como integradoras ou divergentes, dependendo do alinhamento ou discordância das diretrizes superiores. Nas relações para cima, o corpo burocrático atua de forma integradora quando estão alinhados com o alto escalão. Nesse contexto, eles sintetizam as diretrizes políticas e estratégicas, transformando-as em ações institucionais coerentes e eficazes, conforme proposto por Floyd e Wooldridge (1992). Por outro lado, como parece ser em relação aos instrumentos de gestão do SUS, o médio escalão adota uma postura divergente, priorizando alternativas que consideram mais apropriadas e influenciando a formulação de políticas de acordo com suas perspectivas individuais (Currie; Procter, 2003).

A influência dos técnicos na formulação do planejamento é notável, pois eles possuem o conhecimento prático e técnico que lhes faz em alguma medida capazes de decidir o que deve ser priorizado e como descrever as ações que serão implementadas. Ou seja, esses técnicos possuem a informação estratégica do cotidiano e, com base nesse conhecimento, moldam o planejamento, inserindo suas próprias percepções e enfoque durante a elaboração (Mintzberg; Quinn, 2006).

Outros pontos surgem em análise das ações e programas governamentais, percebe-se que, em algumas situações, as ações não representam uma única iniciativa governamental ou política pública, mas frequentemente um agrupamento de diversas políticas. Por exemplo, no PPAG 2024-2027, as várias políticas de atenção hospitalar foram consolidadas na Ação 4121 - Política de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência. No plano do quadriênio anterior, essas políticas estavam distribuídas em ações distintas, como a Ação 4453 - Implantação da

Política de Atenção Hospitalar - Hospitais Plataforma, Ação 4454 - Implantação da Política de Atenção Hospitalar - Novos Prestadores, e Ação 4457 - Implantação da Política de Atenção Hospitalar - Valor em Saúde.

Em contraste, o programa que aborda a Atenção Primária à Saúde no PPAG 2024-2027 conseguiu segregar as políticas desenvolvidas nesse nível de atenção. Exemplos disso são a Ação 1022, dedicada ao projeto Saúde em Rede, e a Ação 4127, que abrange a política de estruturação da atenção primária.

A falta de clareza no processo de agrupamento e divisão das atividades em ações governamentais têm implicações à medida que esse processo não é refletido de forma equivalente no Plano Estadual de Saúde (PES). Na prática, itens que foram separados em ações governamentais gerais não são igualmente divididos no PES e vice-versa. Por exemplo, o Programa 061 - Atenção Especializada à Saúde no PPAG (Minas Gerais, 2024b) pode ser relacionado a dois objetivos 2 e 4 do PES (CES-MG, 0000), que reúne metas e organiza as ações para o mesmo nível de atenção.

No PPAG (Minas Gerais, 2024b), o Programa 061 divide-se em várias ações: uma dedicada à rede de cuidado à pessoa com deficiência, outra para a rede psicossocial, outra para a rede de saúde bucal, e uma ação geral para a atenção ambulatorial especializada. Já no PES (CES-MG, 0000), o Objetivo 2 possui metas voltadas para as especialidades odontológicas, a pessoa com deficiência, e outras linhas de cuidado prioritárias, enquanto a rede psicossocial é destacada com um objetivo exclusivo, o Objetivo 4.

Quadro 8: Relação entre programas e objetivos da atenção ambulatorial especializada e redes prioritárias.

PPAG 2024-2027		PES 2024-2027
Programa	Ações	Objetivos
061 - Atenção Especializada à Saúde	4129 - Apoio e Fortalecimento da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	2 - Proporcionar o tratamento oportuno, continuado, integral e regionalizado às cidadãs e aos cidadãos, por meio da ampliação e fortalecimento da Atenção Especializada Ambulatorial, incluindo o apoio diagnóstico e terapêutico, a rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção à Saúde Bucal e os cuidados paliativos, integrados a todos os níveis de atenção à saúde, atendendo ao princípio da equidade
	4131 - Atenção Especializada Ambulatorial	
	4132 - Apoio e Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal	
	4130 - Apoio e Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial	4 - Qualificar a Rede de Atenção Psicossocial, de forma territorializada, interdisciplinar e integrada a todos os níveis de atenção à saúde, por meio do fortalecimento da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial

Fonte: Elaboração Própria.

Essa discrepância entre o que constitui uma ação independente e um objetivo independente no PPAG e no PES, respectivamente, é a consequência do fenômeno explicado pelo ENTREVISTADO A sobre o grau de internalização e o impacto da leitura que as áreas técnicas fazem acerca de cada um dos instrumentos de gestão.

A partir dessas enunciações, é possível perceber como os burocratas governamentais desempenham um papel técnico-gerencial, traduzindo a estratégia em ações cotidianas e construindo padrões e gerenciando os serviços e seus implementadores, e outro técnico-político, negociando e barganhando com a alta gestão à depender de sua posição e poder no desenho institucional (Oliveira, 2009; Pires, 2011)

Além disso, a falta de alinhamento entre os indicadores de metas também reforça a incompatibilidade observada entre os objetivos do plano de saúde e as ações do plano plurianual. Embora o PES 2020-2023 (CES-MG, 2022) tenha incluído uma coluna na tabela de metas e indicadores para identificar os instrumentos de pactuação, revelando quais planos utilizam os mesmos indicadores, observa-se que apenas 42 dos 132 indicadores do PES eram utilizados no PPAG no mesmo período. Isso demonstra que grande parte das métricas do PES não encontra correspondência no PPAG, o que dificulta ainda mais a harmonização entre os dois instrumentos. Essa desconexão reflete não apenas diferenças estruturais, mas também as percepções e prioridades divergentes dos técnicos ao elaborar cada plano, potencializando as incompatibilidades e reforçando a complexidade do processo de compatibilização entre o planejamento setorial de saúde e o planejamento governamental.

A influência dos técnicos no processo de planejamento da SES-MG, como discutido anteriormente, é crucial para moldar o conteúdo dos instrumentos de gestão, especialmente no que se refere às percepções e prioridades que eles estabelecem com base em sua atuação cotidiana. No entanto, essa dinâmica de construção do planejamento não ocorre de maneira isolada. A alta gestão exerce uma influência direta sobre o processo, interferindo em diversos aspectos, como a compatibilização dos planos, a inserção da visão estratégica geral da secretaria e de governo e a interação com o controle social.

4.2.2. A alta gestão

De fato, o grau de interferência técnica do gabinete é uma variável que impacta significativamente a elaboração dos planos. A alta gestão, seja diretamente ou por meio de suas assessorias de gabinete, ao atuar como mediadora entre os interesses técnicos e as demandas do controle social, tem a função de equilibrar a necessidade de aprovação do planejamento com as capacidades operacionais manifestadas pelos técnicos. Esse processo de elaboração se configura como uma arena de disputas entre as áreas técnicas e a alta gestão, intermediada pelas assessorias de gabinete, que filtram e ajustam as propostas antes de sua apresentação final. O ENTREVISTADO A que atua em uma das assessorias de gabinete descreveu o processo como:

as áreas técnicas querem esconder aquilo que executam de forma frágil e dar evidência àquilo que executam bem. Como interlocutores do conselho, queremos evidenciar o que a gente sabe que o conselho quer ver e vai pedir que seja mostrado. Por vezes isso gera um conflito, porque às vezes o que o conselho quer ver é o que a gente não está executando tão bem. Então por isso os planos não são iguais (ENTREVISTADO A).

Esse conflito ilustra como os planos nem sempre são homogêneos ou inteiramente coerentes, pois cada grupo busca destacar diferentes aspectos e por vezes cada um desses grupos consegue imprimir mais ou menos seus desejos no resultado final do planejamento.

Outro ponto fundamental é o grau de relevância que a alta gestão atribui à elaboração dos planos e como a possibilidade de reprovação, especialmente pelo controle social, é percebida pelo Gabinete. Quanto maior o envolvimento e a importância que a alta gestão confere a esses instrumentos, mais robustos e coerentes eles tendem a ser. A percepção da alta gestão sobre a necessidade de aprovação dos planos pode determinar o cuidado e o rigor com que eles são construídos.

Os ENTREVISTADOS A, C e D manifestaram durante as perguntas que recentemente observaram que a qualificação do processo de planejamento da secretaria e também de relacionamento com a Assembleia e Conselho de Saúde se deu em grande medida pela percepção e relevância dada pelo secretário e secretários adjuntos que assumiram. De forma semelhante, o grau de conhecimento e interferência técnica do Gabinete durante as discussões dos planos foi comentado pelo ENTREVISTADO A como um acontecimento recente que qualificou a compatibilização e qualidade dos instrumentos de gestão, na opinião do entrevistado não é comum que a alta gestão participe diretamente das discussões e negociações com os organismos de aprovação dos planos como acontece tão ativamente no presente momento da secretaria.

4.2.3. Entre os técnicos e a alta gestão: as equipes de condução metodológica

De maneira muito semelhante a literatura acerca da burocracia de médio escalão abordada acima, existem durante a elaboração do plano equipes metodológicas que interpretam e traduzem as diretrizes políticas da alta gestão, ao mesmo passo que negociam diretamente com as áreas técnicas o conteúdo do plano, ficando a cargo deste grupo organizar as etapas, cronogramas e metodologias para elaboração do planejamento na secretaria. O ENTREVISTADO C

esclareceu que os diferentes planos possuem diferentes responsáveis centrais, no caso do Planejamento Estratégico a condução metodológica caoube à Assessoria Estratégica, por meio do seu Núcleo de Projetos, para o PPAG a competência fica dividida em que estrutura e informações qualitativas são tratadas principalmente pela Assessoria Estratégica (AEST) enquanto o escopo quantitativo e orçamentário é organizado pela Diretoria de Planejamento e Orçamento (DPO), sempre com colaboração entre si.

No âmbito do PES, o ENTREVISTADO H, membro de equipe de condução metodológica, traz uma problematização importante. Na visão desse ator, o plano de saúde não possui uma equipe pré-definida metodologicamente, assim para sua elaboração e condução a AEST possui um grupo de trabalho, mas que todavia é composto por pessoas que possuem outras atribuições e tarefas. Além disso, a tramitação do PES tem competência compartilhada com a Assessoria de Parcerias em Saúde. De acordo com o ENTREVISTADO E, a Assessoria de Parcerias se envolve especialmente no PES em razão de sua competência nas tratativas e relações com o Conselho de Saúde. Nesse sentido, os ENTREVISTADOS B e H abordam como o PES ainda não possui uma divisão clara e funcional como os demais instrumentos, cabendo a AEST e a ASPAR alinhar e dividir competências constantemente. O ENTREVISTADO H, inclusive, menciona que em sua percepção isso pode demonstrar uma redução no patrocínio do Gabinete em relação ao instrumento, ainda que em muitos âmbitos esse apoio tem sido positivo ultimamente.

Nesse sentido, vale recuperar um comentário feito pelo ENTREVISTADO A, quando menciona que o PES parece ter um menor grau de institucionalização entre as áreas técnicas, sendo um processo mais frágil, menos importante e consolidado na percepção dos técnicos. Tendo em vista, a falta de uma equipe dedicada a sua condução e as competências ainda nubladas em seu processo é uma hipótese razoável acreditar que para além das equipes técnicas, o PES ainda possui relevância e papel poucos claros para a alta gestão e as equipes que conduzem o planejamento.

É válido recordar que essas equipes também possuem interesses e objetivos próprios, a partir do ENTREVISTADO A é possível perceber, por exemplo, que por negociarem diretamente com o CES durante a aprovação do PES, as equipes da AEST e ASPAR tendem a divergir das áreas técnicas para que o plano

incorpore as ações que poderão facilitar a aprovação do planejamento pelo plenário da controle social:

Como interlocutores do conselho, queremos evidenciar o que a gente sabe que o conselho quer ver e vai pedir que seja mostrado. Por vezes isso gera um conflito, porque às vezes o que o conselho quer ver é o que a gente não está executando tão bem. Então por isso os planos não são iguais (ENTREVISTADO A).

Nesse sentido, fica evidente um outro movimento de integração e divergência possível quando trata-se do médio escalão da burocracia. Para além dos movimentos para cima, tratados no subcapítulo que caracteriza os técnicos, aqui nas equipes de condução do planejamento, a interferência se dá geralmente no sentido para baixo. A literatura informa que nas relações para baixo, os burocratas de médio escalão quando atuam de forma integradora, em concordância com a alta gestão, eles implementam as estratégias determinadas pelo alto escalão, garantindo que os níveis inferiores da hierarquia, siga as diretrizes estabelecidas (Floyd; Wooldridge, 1992). No entanto, quando discordam das diretrizes superiores, o médio escalão permite adaptações locais, ajustando a implementação das políticas às realidades específicas (Currie; Procter, 2003). Essas dinâmicas mostram como as equipes metodológicas podem ser fundamentais na tradução e adaptação das estratégias organizacionais, atuando como pontes entre diferentes níveis hierárquicos e garantindo a eficácia das políticas públicas.

O mesmo entrevistado, A, também evidencia como em sua percepção essas assessorias são utilizadas pela alta gestão:

[...] é importante separar a área técnica de alta gestão, só porque geralmente é uma relação conflituosa [...]. Vai haver gestores que estão dispostos a pressionar suas áreas técnicas e outros gestores que não vão estar dispostos. A gente está numa gestão que faz isso o tempo todo, e que mobiliza a sua estrutura de gabinete para buscar resultados junto às suas áreas técnicas (ENTREVISTADO A).

O comentário acima reflete como o conhecimento técnico dos burocratas, reiterado em tópicos acima como poder de influência para priorizar e descrever as ações desses indivíduos em razão de sua *expertise* prática e cotidiana, pode também ser disputado à medida que a alta gestão também se apropria de conhecimentos e discussões técnicas. Assim, quando os níveis superiores tendem a

detalhar melhor as ações que pretendem implementar, reduzindo o grau de discricionariedade técnica é esperado, segundo o ENTREVISTADO A, que surjam conflitos. Esses conflitos são em alguns casos resolvidos pela hierarquia e disparidade de poder entre esses atores, utilizando, inclusive, as assessorias de gabinete. Por exemplo, para garantir que uma área técnica implemente um projeto em um escopo, entregas e cronograma específico, a alta gestão pode optar pela inclusão dessa ação na carteira estratégica, a qual possui acompanhamento semanal com a Assessoria Estratégica, que poderá alertar a alta gestão pontos de atenção no desenvolvimento da iniciativa (Crozier, 1981; Oliveira, 2009; Pires, 2011).

Ou seja, na percepção do ENTREVISTADO A, bem como de comentários realizados pelo ENTREVISTADO H, as assessorias de gabinete possuem um papel de *enforcement* das decisões da alta gestão sobre o corpo técnico. Esses mesmos entrevistados, reforçam que esse é um trabalho delicado que exige negociações, concessões e proximidade dessas assessorias junto aos técnicos. Assim, tem-se que na perspectiva, por exemplo da Assessoria Estratégica e da Assessoria de Parcerias, tende-se a respeitar e reforçar as diretrizes e interesses da alta gestão, mas que todavia sofre flexibilizações por essas equipes intermediárias sob o interesse de assegurar o engajamento e disposição dos burocratas durante a elaboração dos planos.

Em interlocução com a literatura de médio escalão já explorada, percebe-se que neste nível da burocracia intermediária a função técnico-política mostra-se ainda mais presente que nas áreas técnicas. As assessorias de gabinete são a primeira linha de interpretação e tradução das diretrizes técnicas advindas da alta gestão. Com isso é válido recordar que para cima, as assessorias de gabinete tendem a atuar de maneira integradora e não divergente, sintetizando as orientações e direcionamento, para baixo podem adotar posturas integradoras, quando concordam com o direcionamento e vão facilitar a implementação dos comandos recebidos, enquanto podem atuar divergindo, ao passo que permitem adaptações dessas diretrizes pelo corpo técnico da SES (Floyd; Wooldridge, 1992; Currie; Procter, 2003).

Assim, é possível perceber que ao intermediar a forma de construção do planejamento, o cronograma, propor metodologias e espaços de discussão, bem como a própria comunicação interna e externa do planejamento, as equipes de condução metodológica formatam e imprimem suas vontades, interesses e marcas nos planos.

4.2.4. As secretarias meio e o nível geral de governo

Durante as entrevistas realizadas, foram mencionadas três secretarias meio que desempenham papéis centrais no processo de elaboração dos instrumentos de gestão do governo. As principais atribuições dessas secretarias foram sistematizadas a partir das entrevistas no quadro a seguir:

Quadro 9: Principais atividades desempenhadas pelas secretarias meio de governo no âmbito do processo de elaboração dos instrumentos de gestão segundo a visão dos entrevistados.

Órgão	Atividades
Seplag	Condução da elaboração do PMDI
	Condução do cronograma e etapas de elaboração do PPAG
	Elaboração da LDO
	Condução do cronograma e etapas de elaboração da LOA
	Interlocação com a Assembleia para o PPAG, LDO e LOA
	Monitoramento da carteira de projetos estratégicos no âmbito geral de governo e interlocação com a vice-governadoria e governadoria.
Secretaria de Estado de Governo de Minas Gerais (Segov)	Acompanhamento e interlocação junto aos parlamentares das proposições e discussões no âmbito da Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG)
	Validação e aprovação dos registros e atos oficiais do Poder Executivo estadual
Secretaria de Estado de Casa Civil de Minas Gerais (SCC)	Coordenar a interlocação com órgãos de controle externo (Ministério Público, TCE, etc).
	Coordenar a captação de recurso e as articulações, nesse caso, principalmente, de bancos de projetos para doações e emendas parlamentares

Fonte: ENTREVISTADO A, B, C, D e E. Elaboração própria.

Embora as secretarias meio exerçam papel fundamental na formulação e condução dos instrumentos de gestão governamental, elas indiretamente criam desafios à integração entre o planejamento governamental e o planejamento do SUS.

Um dos principais desafios, na percepção dos entrevistados, reside na falta de entendimento por parte das secretarias meio sobre o caráter finalístico e técnico das ações da saúde, o que gera tensionamentos com os interesses políticos mais amplos do governo. O ENTREVISTADO A relata que "os órgãos têm alguma resistência em abrir aquilo que é estratégico para eles, para o governo e a Seplag acompanharem", evidenciando a resistência de áreas técnicas à participação externa no monitoramento de indicadores e projetos.

Nessa discussão de conhecimento técnico e controle, mostra-se importante ressaltar que na visão de Crozier (1981) existem incentivos aos atuantes da pasta finalística em se colocar como um escopo de atuação complexo, pouco incompreensível frente ao poder governamental. Isso porque, poder e incerteza correlacionam-se de modo que "quanto mais tempo exista um pouco de incerteza no exercício do seu trabalho, o mais humilde dos subordinados manterá a possibilidade de usar um certo poder discricionário" (Crozier, 1963, p. 236). Ou seja, a medida que o poder governamental possui maior dificuldade técnica em arbitrar sobre os detalhes da atuação da pasta, maior existe o espaço dos setores de governo em desenvolver suas ações a próprio gosto.

Esse conflito foi exemplificado pelo ENTREVISTADO A no caso do projeto Hospitais de Pequeno Porte, em que a Seplag solicitou indicadores finalísticos, mas, em sua percepção, falhou em compreender que o papel da Secretaria de Saúde não inclui a execução direta de políticas finalísticas, mas sim a distribuição de recursos com critérios técnicos. A falta de entendimento adequado do papel da SES-MG no sistema de saúde leva a uma sobrecarga de trabalho e a ineficiências no processo de compatibilização, visto que horas de trabalho são desviadas para explicar essas funções em vez de se focar na implementação das políticas, como relatado pelo entrevistado.

Esse processo também pode estar relacionado a tentativa do setor de saúde do governo em garantir menor nível de controle sob sua atuação, principalmente, em pontos que dependem indiretamente de sua atuação. Isso porque, como esclarece o

ENTREVISTADO A, o papel estadual na divisão tripartite do SUS é compreendido muito mais pela busca em garantir que os repasses de recursos foram feitos corretamente segundo critérios técnicos estipulados pelo ente, do que de fato ofertar serviços de saúde diretamente. No modelo tripartite do SUS, a autonomia e interdependência se torna mais complexa sob o objetivo de gerar resultados da melhora das condições de saúde da população, à medida que seu arranjo institucional pressupõe o compartilhamento solidário da soberania sobre um mesmo território regulado por pactos entre três entes autônomos para construção de uma rede de atenção à saúde interdependente (Mendes, 2011). A coordenação federativa tem expectativa de ser exercida legalmente tanto pela União quanto pelos estados (Menicucci et al., 2008). “Ainda que a esfera estadual seja aquela com atribuições menos definidas na Constituição Federal” (Mendes, 2011, p. 162).

Logo, em certa medida isso pode gerar conflitos baseado no modelo buscado pela Seplag de gestão por resultados. Adotado em Minas Gerais por meio do Choque de Gestão e em razão da grave crise fiscal que o estado enfrentava em 2003, o modelo de gestão por resultados pode ser resumida, para os fins desta pesquisa que não pretende discuti-lo, como o modelo que “supõe essencialmente que os efeitos das intervenções públicas, em substituição à coordenação por procedimentos, são o que de fato importa ao cidadão, que é a mudança real nas condições de vida.” (Bechelaine; Silveira; Neves, 2012, p. 468). Introduziu-se assim, entre outras coisas, mecanismos de incentivo e sanção frente ao desempenho alcançado pelos agentes governamentais em suas ações finalísticas. Ou seja, tem-se a partir da gestão por resultados a expectativa de responsabilização em cima de resultados reais ao cidadão, que muitas vezes não estão sob gerência direta ou única da SES-MG, mas como resultado de ações, políticas, diretrizes e efeitos interdependentes em um arranjo tripartite complexo.

Somando-se a compreensão de Crozier (1973) às discussões desenvolvidas nos parágrafos anteriores, pode-se perceber que alguns outros fatores podem corroborar para a SES-MG possuir ainda mais discricionariedade em sua atuação. Um fato levantado pelos ENTREVISTADOS A e E é a como a garantia de orçamento dada a pasta pela Constituição Federal a protege de negociações e barganhas junto às secretarias meio de governo. Esses entrevistados levantam como as agendas de setores ficam à mercê da disponibilidade orçamentária negociada com o governo

central ou até mesmo com parlamentares para sua viabilização, enquanto a saúde possui certo potencial de ação reservado no orçamento estadual.

Outro fator é a própria existência de um campo organizacional próprio, com mitos, rituais e cultura própria. O Sistema Único de Saúde é um campo organizacional que possui instituições próprias e potentes que podem ser mobilizadas pelo setor de governo para justificar as alternativas escolhidas em termos do ganho de legitimidade.

Em certa medida, a própria dimensão das ações e serviços de saúde impossibilitam um acompanhamento e controle detalhado pelo órgão central. Isso porque, o Fundo Estadual de Saúde representa um dos cinco maiores gastos do Estado de Minas Gerais nos últimos anos, também se encontra entre as Secretarias com maior corpo administrativo e com mais ações gerais dispostas no plano plurianual e ações estratégicas acompanhadas à nível de governo, segundo o Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais (Minas Gerais, 2024). Em meio a tantas ações, desenvolvidas por todos indivíduos e com recursos tão vultuosos, a SES-MG tende a ter suas ações executadas sem grandes atenções do nível central de governo.

Esse processo faz com que essas ações mais estratégicas para a secretaria ganhem mais espaço e destaque nos instrumentos de gestão do SUS o qual possui uma ingerência da pasta finalística, enquanto outros projetos aqueles compartilhados para monitoramento com as secretarias meio estarão mais destacados no PMDI, PPAG, LDO e LOA, que são construídos à nível de governo.

Em um segundo aspecto sobre a influência da atuação das secretarias meio sob a criação de desafios a compatibilização dos instrumentos retoma-se o comentário do ENTREVISTADO B:

A 141 é importante, é legal, mas a jurisdição dela é limitada aos fundos estaduais de saúde. Não necessariamente, a lógica dela comunica com a lógica dos instrumentos de planejamento governamental, porque nada obriga a Seplag a de fato colocar prioridades claras, técnicas, objetivas, coerentes com os outros instrumentos de planejamento na LDO. Então o que acontece em Minas Gerais, por exemplo, é que o capítulo de prioridades da LDO, quando você der uma olhadinha nele lá, ele [...] reflete muito mais o PMDI [...] (ENTREVISTADO B).

Ou seja, o que defende o ENTREVISTADO B é que a legislação que instaura os instrumentos de gestão do SUS não conseguiu, seja por razões políticas

ou por limitações legais como de normas infraconstitucionais do SUS afetarem instrumentos que estão definidos em Constituição, abarcar as secretarias meio de governo em sua jurisdição. Assim, não criou-se competências e responsabilidades a essas secretarias no processo de planejamento setorial que as responsabiliza-se para além de atuar no processo de planejamento governamental, se atentando à compatibilização e ao respeito com o processo de gestão do SUS.

O ENTREVISTADO E ilustrou os potenciais conflitos que podem surgir da tensão entre os interesses técnicos da saúde e as pressões políticas com o exemplo de uma temática específica que será omitida para preservar os entrevistados. O entrevistado narra que a base governista apoiava a aprovação de um projeto de lei que contrariava tanto a posição técnica do nível operacional da Secretaria de Saúde quanto a agenda do Conselho Estadual de Saúde (CES). A SES-MG teve que articular junto à Segov para mitigar o impacto desse projeto na Assembleia Legislativa e no CES, calculando cuidadosamente os efeitos políticos e técnicos dessa tramitação. Esse exemplo demonstra como é relevante que secretarias meios, como a Segov no caso narrado, compreendam que as variáveis que impactam a atuação e posicionamento da pasta da saúde ultrapassam em alguns casos aquelas que eles são capazes de compreender e mapear considerando apenas sua perspectiva.

A relação entre a SES-MG e as secretarias meio de governo, como a Seplag, Segov e SCC, já se conforma de certa forma a um arranjo de rede, onde essas secretarias atuam de maneira interdependente e colaborativa. No entanto, como sugerem Calmon e Costa (2013), operar dentro dessa lógica de governança em redes apresenta tanto benefícios quanto desafios que precisam ser compreendidos e geridos.

Um dos principais aprendizados da governança em redes é a necessidade de lidar com a interdependência dos atores, que têm preferências e recursos distintos. No contexto de Minas Gerais, isso significa que as secretarias meio, como a Seplag, precisam considerar as especificidades técnicas e finalísticas da SES-MG, enquanto a SES-MG deve reconhecer as dinâmicas mais amplas e as prioridades governamentais articuladas por essas secretarias. A colaboração efetiva nesse cenário depende de arranjos institucionais que favoreçam a troca de informações e a construção de consensos, mesmo diante de interesses variados. A atuação em rede entre a SES-MG e as secretarias meio, como a Seplag, Segov e SCC, é

especialmente relevante no processo de compatibilização dos planos governamentais. A interdependência entre essas secretarias significa que a elaboração de instrumentos como o PMDI, PPAG, LDO e LOA deve considerar tanto as metas e prioridades do governo como um todo quanto às especificidades técnicas das políticas de saúde.

Esses pontos demonstram que a compatibilização entre os instrumentos de planejamento do SUS e os instrumentos gerais de governo enfrenta barreiras estruturais e políticas. A percepção de compreensão reduzida sobre a função finalística da saúde, as limitações das obrigações legais que assegurem a integração e a interferência política são fatores que dificultam a coerência entre esses planos, gerando impactos diretos na execução das políticas públicas de saúde no estado.

4.2.5. Uma rede de atores múltiplos

A análise dos múltiplos atores envolvidos no planejamento de saúde em Minas Gerais revela uma estrutura complexa, marcada pela interação entre níveis hierárquicos distintos e pela necessidade de coordenação entre áreas internas e externas ao setor saúde, envolvendo por exemplo as demais pastas estaduais e a estratégia desenvolvida pelo governo eleito. Esse cenário ressoa com a abordagem de redes de políticas públicas, conforme descrito por Calmon e Trindade, onde a formulação, execução e avaliação de políticas dependem de uma rede interligada de atores com interesses diversos e poder distribuído de forma assimétrica. Tal dinâmica evidencia a centralidade das regras informais e da interdependência como fatores que moldam as interações entre esses atores, contraponto a ideia de separabilidade do Estado, mas propondo que suas ações são “inseridas” (*embeddedness*) em uma estrutura específica que combina elementos dos setores público e privado, assim como da sociedade civil” (Calmon; Costa, 2013).

Essa compreensão introduz dois fenômenos na análise do processo das políticas públicas que pode ser absorvido para o processo de planejamento, como uma etapa da formulação dessas, o problema da ação coletiva e a interdependência dos atores. A primeira dinâmica interpõe que as redes de políticas públicas envolvem atores com "preferências heterogêneas, com recursos de poder distintos e assimetricamente distribuídos" (Calmon; Costa, 2013, p.12), que precisam resolver

problemas de coordenação e cooperação em um contexto marcado por ambiguidade e incerteza.

Todavia, essa necessidade de coordenação e cooperação recai sobre atores interdependentes, ou seja, "não podem produzir sozinhos os produtos e resultados gerados pela política pública" (Calmon; Costa, 2013, p.13) e dependem dos outros para alcançar seus objetivos. Essa interdependência exige a articulação constante entre diferentes atores, tanto dentro quanto fora do governo, para mobilizar os recursos necessários.

Essas interações ocorrem de maneira a gerar certa institucionalização dado a frequência e continuidade, estabelecendo regras formais e informais. A partir do processo de institucionalização tem-se a formação dos subsistemas ou subgovernos. Tem-se por efeito a compreensão de que governos não são uma "entidade unitária, mas sim como um conjunto de sistemas distintos, com estruturas próprias, história, tradições e valores particulares e que atuam de maneira semiautônoma" (Calmon; Costa, 2013, p. 14). Como exemplificado ao longo da análise, divergências hierárquicas e setoriais entre as secretarias e, até mesmo, dentro da própria Secretaria de Saúde, indicam que o planejamento estadual ocorre em um ambiente semiautônomo, no qual cada subsistema possui práticas e valores próprios que impactam diretamente a efetividade e a coesão das políticas públicas de saúde.

Nesse sentido restam alguns aprendizados da literatura mencionada a ser adaptado para a realidade proposta. Segundo Calmon e Costa (2013) existe um grande desafio sobre a atuação em rede que é conceber sua governança. Nesse sentido os autores retratam a importância de superar perspectivas tradicionais de governança de políticas públicas como top-down, fundamentada na hierarquia, poder e chancela, e bottom-up, focada na descentralização e autonomia, para pensar na perspectiva de Governança das Redes. O foco passa a ser então a interrelação entre atores que são heterogêneos, carregados de interdependência, com troca de informação, objetivos e recursos, necessitando de um arranjo institucional favorável a ação coletiva e voltados para a consecução de um objetivo coletivo.

4.3. Negociação e conflito nas arenas governamentais

A análise da articulação dos atores internos ao governo evidencia as complexidades e tensões envolvidas na compatibilização do planejamento governamental com o planejamento do SUS, especialmente quando se trata da integração entre diferentes esferas de poder e interesses políticos. No entanto, apesar das dificuldades de conformar um objetivo coletivo único e sistematizá-lo nos planos, esses grupos de atores internos disputam ainda a negociação e aprovação desses instrumentos em arenas distintas sob a responsabilidade comum de representar o Poder Executivo estadual.

Os espaços onde ocorrerem a aprovação dos instrumentos de gestão governamental e setorial, a Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG) e o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG) respectivamente, desempenham uma oportunidade central para o alinhamento entre as propostas técnicas e as exigências legais e sociais. Para Kingdon (1995), ao menos em nível federal, o Poder Legislativo possui importância semelhante ao Executivo na formulação de políticas públicas por reunir atores importantes nas análises dessas políticas. Além disso, esses espaços e seus respectivos ritos ganham ainda maior relevância em função da perspectiva dos atores internos, uma vez que, como já mencionado, em algumas situações, a aprovação por esses colegiados se torna a finalidade com que os técnicos, a alta gestão, as equipes de condução metodológica e as secretarias meio trabalham na elaboração dos instrumentos. A seguir, será discutido como as dinâmicas de aprovação disputada nesses dois espaços impactam o processo de planejamento de saúde no estado.

Antes de tratar de cada um desses espaços, suas particularidades, atores participantes e influências especiais sobre o processo de planejamento e consequentemente de compatibilização dos planos. Mostra-se relevante comentar sobre o primeiro grande desafio que impõe sobre a compatibilização: os instrumentos de gestão governamental e os instrumentos de gestão do SUS não são discutidos e aprovados pelo mesmo grupo de pessoas ou se quer nos mesmos espaços. A mesa diretora, as câmaras técnicas ou o plenário do Conselho de Saúde, por lei, não possuem competência para aprovar o PMDI, o PPAG, a LDO e a LOA, e sua participação nestes instrumentos, atualmente, está muito limitada a candidatar-se ao momento participativo do PPAG promovido na Assembleia Legislativa à toda a sociedade civil, com isso, enquanto pessoas conselheiras, esses

não possuem papel no rito de elaboração dos planos governamentais, como esclarece os ENTREVISTADOS B e E.

Do ponto de vista dos planos de saúde, o plenário do Conselho de Saúde recebe protagonismo, sendo o grupo de atores responsáveis por aprovar o PES e a PAS. Todavia, a Assembleia não possui um espaço de escuta ou discussão desse planejamento, sendo previsto em lei, apenas o envio do monitoramento do plano para a casa legislativa (Brasil, 2012, art. 38). Com isso, pode-se esperar que o planejamento feito no âmbito governamental e no âmbito do SUS tendem a divergir por ter espaços de aprovação e discussão em seus ritos diferentes.

Para além disso, é importante analisar a capacidade de cada um desses espaços e combinação de atores de influenciar a tomada de decisão e ter suas demandas atendidas, ou seja, articular seus interesses. Em teoria, a articulação de interesses ocorre por meio dos grupos de interesses, que são “um grupo de indivíduos ligados por laços particulares de preocupação ou de vantagens e que têm certa consciência desses laços” (Almond; Powell, 1980, p. 53). Ou seja, em geral as negociações não são feitas com o CES ou com a ALMG, mas com grupos que possuem vínculos de demandas dentro desses espaços, por exemplo, a negociação pode acontecer junto a um deputado, uma bancada, uma comissão ou a presidência mas dificilmente junto à toda a casa legislativa, da mesma forma, o ENTREVISTADO E relata que, em grande medida, as negociações por parte do CES são feitas junto a mesa diretora, e outras vezes em câmaras técnicas específicas, o que destaca esses como grupos de interesse dentro do colegiado.

Vale ressaltar que como discutido no capítulo anterior, o governo estadual representa um grupo de interesse nesses espaços de debate. Todavia, como observado esse grupo de interesses é constituído de atores que disputam alternativas internamente.

Outro fator importante que os autores Almond e Powell (1980) implicam para a análise da articulação de interesses são os canais e meios de acesso. No âmbito das organizações aqui tratadas pode-se considerar três canais entre os citados na literatura. O primeiro deles, a ligação pessoal, trata-se de vínculos familiares, escolares, locais e sociais como instrumento de contato para a demanda. O segundo se refere as representações de elite, que acontecem quando um membro do grupo de interesse permeia ou faz parte das estruturas de tomada de decisão. Por fim, os

canais institucionais e formais de acesso, aqui cabe destacar os partidos políticos, as conferências, a mesa diretora do CES-MG, os parlamentares, entre outros.

A articulação de interesse depende ainda do estilo com que é feito. Em primeiro plano, cabe entender se é uma demanda aberta ou oculta, caso seja manifestada ou indicada por meio de comportamentos ou estado de espírito. No segundo momento, cabe analisar quanto a especificidade, nesse aspecto as demandas podem ser específicas quando se tornam mais objetivas e menos gerais, podendo representar controle e permeabilidade mais fácil. As demandas podem ser ainda gerais ou particulares, caso seja um grupo, classe ou um indivíduo, família que demanda. Por fim, a articulação pode ser afetiva, quando em termos de sentimentos e reações ou instrumento, quando realizada por intermédio de barganhas (Almond; Powell, 1980).

4.3.1. A Assembleia Legislativa de Minas Gerais

Ao solicitar que os entrevistados listassem os atores do processo de planejamento durante as entrevistas, em geral, foi necessário lembrá-los do papel da ALMG. Questionados sobre isso, a resposta do ENTREVISTADO A sintetiza a percepção dos perguntados:

Não participamos dessa etapa porque ela não é diretamente acessível para nós. Nossa atuação na assembleia se limita à etapa participativa do PPAG. Fora isso, essa relação é gerenciada pela Seplag, que, como órgão central, conduz o processo em conjunto com a Segov, com foco exclusivo no PPAG. Do nosso lado, o relacionamento é intermediado pela Seplag, de modo que não temos contato direto.

Na ASPAR (Assessoria de Parcerias e Relações Institucionais), por outro lado, essa interação ocorre. Mantemos um relacionamento intenso e diário com os deputados, mas, em relação ao órgão Assembleia Legislativa, não tenho nada a acrescentar (ENTREVISTADO A).

A resposta do ENTREVISTADO A ilustra a percepção de distanciamento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) em relação à Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG) no processo de planejamento retratada pelos entrevistados. Esse cenário contrasta com teorias como a de Kingdom (1975) e de Birkland (2001), esse segundo colocando o Poder Legislativo como o mais importante dos poderes, à medida que percebe esses atores como formadores de agenda e especificadores de alternativas.

Embora a ALMG seja um ator formalmente envolvido na aprovação dos instrumentos de gestão, sua influência no contexto da SES é mediada por outras secretarias, especialmente a Seplag e a Secretaria de Estado de Governo (Segov), que conduzem a tramitação e o relacionamento com a ALMG, particularmente no que tange ao Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG). O ENTREVISTADO A salienta que essa relação é restrita e custodiada pela Seplag, limitando o contato direto da SES-MG com a ALMG, o que pode produzir esse distanciamento entre a pasta finalística e esse espaço de discussão.

Essa dinâmica é explicada, na percepção do ENTREVISTADO A, para além do intermédio de outras secretarias por outros dois principais motivos: a garantia de espaço orçamentário e o perfil de relacionamento mais individualizado da SES-MG com os parlamentares.

O primeiro desses motivos se refere à diferença que a SES-MG possui em relação a outras pastas, para esses outros campos de atuação governamental o espaço de Discussão Participativa do PPAG na ALMG, etapa de consulta pública para elaboração dos planos governamentais, são uma estratégia para conseguir angariar recursos para ações de seu interesse que são desejáveis pela população. Nesse sentido, pelo fato de que a SES-MG já possui um orçamento mínimo garantido por lei, vê-se potencialmente reduzida a necessidade de buscar recursos adicionais durante a Discussão Participativa do PPAG por parte da secretaria. O ENTREVISTADO A percebe essa dinâmica reforçada pelo costume de que, tendo em vista a robustez orçamentária da SES-MG em razão de seu mínimo constitucional, as câmaras técnicas que analisam as sugestões da consulta pública tendem a destinar esses recursos a áreas que dependem mais fortemente das negociações durante o processo de aprovação do PPAG.

Como segundo motivo, o relacionamento entre a SES-MG e os deputados da Assembleia ocorre de maneira pontual e personalizada, especialmente em questões específicas que dizem respeito a emendas parlamentares ou projetos de interesse local, segundo a explicação do ENTREVISTADO E. Essas interações são geralmente conduzidas pelo Gabinete da SES-MG em conjunto com a Assessoria de Parcerias, que atua como um intermediário entre a secretaria e os deputados. Esse relacionamento mais próximo e direcionado aos parlamentares, em vez de à presidência da ALMG ou ao plenário de deputados estaduais como um todo, reflete uma abordagem menos institucionalizada e mais pragmática, focada em questões

pontuais que afetam diretamente a execução das políticas públicas de saúde e em certa medida remete a incapacidade dos atores da ALMG de conformar um interesse único, estando as demandas muito mais comuns entre grupos políticos ou parlamentares específicos, como explica Almond e Powell (1980).

Entre as percepções do ENTREVISTADO A sob uma aparente descrença da SES-MG em conquistar recursos por meio da Discussão participativa e do ENTREVISTADO E sobre a ocorrência comum de relacionamentos mais pontuais, é uma hipótese a ser considerada que os atores internos da SES-MG preferem negociações individualizadas em detrimento da arena comum da ALMG, valorizando, especialmente, os processos de emendas parlamentares, por consequência.

No contexto da compatibilização dos instrumentos de gestão governamental e os instrumentos de gestão do SUS, essa falta de interação direta e estruturada na ALMG representa um desafio adicional. A ausência de uma relação mais próxima e colaborativa com a Assembleia limita a capacidade da SES-MG de articular suas necessidades e prioridades dentro do processo legislativo, o que poderia contribuir para uma maior harmonização entre os planos do governo aprovados pela Assembleia e os planos específicos da saúde que não são debatidos nesse espaço político. Inclusive, porque, como relatado em tópico específico, a SES-MG compartilha apenas parte de sua estratégia com o Poder Executivo geral, na figura das secretarias meio, que são responsáveis por, de forma centralizada, conduzir as negociações mais amplas com os atores da Assembleia Legislativa.

O ENTREVISTADO E introduz uma questão central no debate sobre a relação entre a Assembleia Legislativa e o Poder Executivo, destacando o impacto do orçamento impositivo na dinâmica de poder e nas negociações entre esses dois atores. A implementação do orçamento impositivo concedeu maior autonomia ao Poder Legislativo, uma vez que tornou obrigatória a execução de parte das emendas parlamentares pelo Executivo. Esse novo arranjo, na percepção do entrevistado, diminuiu a capacidade de negociação do Executivo, que antes controlava a alocação de recursos, e fortaleceu o Legislativo, que agora possui uma fatia significativa do orçamento garantida por lei, o que tem implicações diretas no planejamento e na gestão orçamentária das políticas públicas, inclusive na área da saúde.

De acordo com o ENTREVISTADO E, essa mudança inverteu a relação tradicional de negociação entre Legislativo e Executivo. Anteriormente, os deputados

precisavam negociar com o Executivo para assegurar a destinação de suas emendas no orçamento, mas, com o orçamento impositivo, essa dinâmica vem se transformando. Agora, o Executivo, na percepção do entrevistado em muitos casos, é quem precisa negociar com o Legislativo para garantir a viabilidade de suas políticas e projetos prioritários, especialmente em áreas onde o orçamento está sob pressão constante, como a saúde (Brasil, 2015; 2019).

No contexto da saúde, essa transformação é particularmente significativa, uma vez que a legislação determina que 50% dos recursos das emendas impositivas sejam destinados à área da saúde (Brasil, 2015; 2019). Isso cria um novo cenário de gestão orçamentária, em que uma parte expressiva dos recursos de saúde passa a ser controlada pelos deputados, o que gera desafios para a compatibilização entre as políticas de saúde planejadas pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) e as emendas parlamentares. O ENTREVISTADO E ressalta que, apesar de a lei prever que as emendas devem passar por análise técnica, existe uma crescente pressão para que essas emendas sejam executadas sem restrições, o que pode comprometer a aplicação criteriosa e eficaz dos recursos públicos.

Essa interferência crescente do Legislativo na destinação de recursos, conforme observado pelo ENTREVISTADO E, coloca o Executivo, e especificamente a SES-MG, em uma posição de fragilidade. O Executivo passa a ser "refém" de emendas parlamentares que, muitas vezes, não estão alinhadas com as diretrizes técnicas ou com os planos de saúde estabelecidos pela secretaria. A necessidade de defender diretrizes mínimas e critérios para o uso adequado dos recursos públicos torna-se uma batalha constante para a SES-MG, que deve equilibrar a execução das emendas impositivas com a implementação de políticas públicas que sigam um planejamento estratégico coerente.

Nesse cenário, o desafio de compatibilizar os instrumentos de gestão governamental com os instrumentos de gestão do SUS se intensifica. O aumento da autonomia dos deputados na alocação de recursos para a saúde, sem a devida articulação com os planos estratégicos da SES-MG, pode gerar uma desconexão entre as emendas parlamentares e as prioridades estabelecidas pelos gestores da saúde. Isso dificulta a execução de políticas públicas de forma coordenada e planejada, impactando diretamente a efetividade dos serviços de saúde prestados à população. A SES-MG, ao tentar compatibilizar o uso desses recursos com suas diretrizes e metas, acaba enfrentando um ambiente em que sua capacidade de

governança e gestão é significativamente reduzida pela autonomia do Legislativo na definição de como uma parte do orçamento será aplicada.

O impacto do orçamento impositivo e a crescente autonomia da Assembleia Legislativa na destinação de recursos, especialmente no âmbito da saúde, destaca os desafios enfrentados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para compatibilizar as emendas parlamentares com o planejamento estratégico da pasta. Nesse cenário de negociação constante entre o Executivo e o Legislativo, a execução das políticas públicas de saúde se vê condicionada por pressões externas, que muitas vezes fogem ao controle técnico da SES-MG. Entretanto, há um outro ator fundamental no processo de planejamento da saúde em Minas Gerais, cujas ações e demandas também geram desafios de compatibilização: o Conselho Estadual de Saúde (CES-MG).

4.3.2. Conselho Estadual de Saúde

Embora o Conselho Estadual de Saúde (CES-MG) seja um espaço formalmente reconhecido e reúna grupos de interesses centrais no processo de aprovação dos instrumentos de gestão do SUS, a participação destes interessados aconteceu de maneira distinta ao relatado para o Poder Legislativo. O Controle social reunido no CES-MG atua exclusivamente sobre o PES e a PAS, sem interferir diretamente nos instrumentos de planejamento governamental mais amplos, como o PPAG ou a LOA. No entanto, suas influências sobre o PES criam dinâmicas próprias de negociação e adaptação que moldam a elaboração desse plano nem sempre acompanhadas ou refletidas nos instrumentos governamentais.

Como tratado no item anterior, de maneira semelhante, a ALMG participa e interfere mais detidamente no processo de construção e aprovação dos instrumentos de gestão governamental, PMDI, PPAG, LDO e LOA. Dessa forma, a existência de duas arenas de aprovação distintas para cada um dos grandes processos de planejamento da pasta, do SUS e governamental impõe desafios a compatibilização de seus resultados, os instrumentos de gestão.

Uma possível exemplificação desse processo pode ser percebido durante uma análise dos indicadores e metas compreendidos por cada um desses planos. Como pode ser observado no quadro 3, alguns dos indicadores presentes no PMDI (Minas Gerais, 2019) não são acompanhados nos planos de médio prazo, bem como existem divergências quanto aos valores esperados para os horizontes

definidos. Somente o indicador de ICSAP para o ano 2022 apresentou perfeita coerência entre todos os instrumentos. É notável também que o PES 2020-2023 apresenta semelhança de valores ao PMDI.

Quadro 10: Metas dos indicadores presente no PMDI nos instrumentos de planejamento de longo e médio prazo.

Indicador	Meta 2022			Meta 2026		
	PMDI	PPAG	PES	PMDI	PPAG	PES
Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária	27,4%	27,4%	27,4%	25,3%	29,76%	36,77%
Taxa de resolubilidade Macrorregional	91,5	92.3%	91,5%	91,86	-	-
Taxa de mortalidade infantil	11	11,06	11	10,5	-	9,9
Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas transmissíveis (DCNT) - doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias.	278,2	-	278,2	261,89	-	-

Fonte: Minas Gerais, 2019; 2020; 2024; CES-MG, 2022; 0000. Elaboração própria.

Isso pode demonstrar um possível efeito de se discutir e aprovar metas em espaços de deliberação distintos. Enquanto os conselheiros ou a mesa direta podem priorizar agendas relacionadas a um indicador específico, os deputados e deputadas podem tender a concentrar ou não seus esforços em discutir outras ações e orçamentos. Isso pode vir a produzir distorções tão grandes quanto o fato de haver para o mesmo ano, metas distintas para o mesmo indicador em instrumentos diferentes.

Como já anteriormente tratado, as áreas técnicas da SES-MG, ao elaborar o PES, frequentemente se deparam com o dilema de como apresentar suas ações e políticas. Existe uma tendência de deixar menos evidente aquelas iniciativas que são percebidas como mais frágeis, mal estruturadas ou que ainda estão em fase inicial

de implementação, segundo os entrevistados. Isso porque, como explicado, o receio dos gestores se dá por possíveis implicações jurídicas, cobranças ou pressões externas, fazendo-os preferir destacar no PES as ações mais consolidadas. No entanto, segundo a percepção do ENTREVISTADO A, o Conselho tende a questionar e se interessar justamente por essas ações menos claras e robustas, por concentrar suas atenções em áreas de vanguarda, o que gera um conflito de interesses.

Como relatado pelos entrevistados, a abordagem do Conselho em querer evidenciar os pontos frágeis é vista pelas áreas técnicas como um entrave, dificultando a implementação de políticas sem um ambiente de constante cobrança. Todavia, é importante considerar que o plenário do conselho de saúde possui formação paritária com 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde, 25% de gestores e prestadores de serviços de saúde, sendo assim pode qualificar a formação de agendas e de especificação de alternativas importantes aos cidadãos e aquele público diretamente impactado pelas políticas de saúde (Brasil, 1990).

Isso acontece, em parte, pela forma como o Conselho se comunica com a SES-MG. As entrevistas revelam que o CES-MG enfrenta dificuldades na sua capacidade de articular suas demandas e de transparecer de maneira clara suas vontades, decisões e interesses. Essa falha na comunicação não apenas agrava a percepção negativa das áreas técnicas, mas também enfraquece o papel do Conselho como representante da sociedade civil no processo de planejamento da saúde. Na contramão, os técnicos da SES-MG podem estar pressupondo uma racionalidade burocrática, como se a conformação da burocracia estatal fosse plenamente capaz de escolher o que racionalmente é mais eficaz tecnicamente. Todavia, como crítica Merton (1971) na burocracia, o costume e a rigidez decorrentes do próprio pressuposto de serem mais eficazes tecnicamente gera uma série de ineficiências. Esse processo cria uma situação em que os funcionários burocráticos evitam tomar decisões que não estejam explicitamente previstas nas normas, repetir ações passadas ou criar antipatias em razão da cotidianidade, o que leva à inércia e à falta de inovação.

Ademais, o PES, como percebe o ENTREVISTADO B, em vez de ser um espaço de participação com reserva de modificação no orçamento e na estrutura da estratégia, assim como envolvimento ao longo de todo o processo dos conselheiros e conselheiras acaba funcionando como um espaço de negociação entre a SES-MG

e o CES-MG, onde não vigoram tanto a igualdade, autonomia, não se tem garantia de resultados efetivos, nem um compromisso coletivo, tanto dos organizadores quanto dos participantes, em buscar as melhores soluções para todos os envolvidos, mas um espaço de barganha, assimetria de informações, trocas e concessões. As decisões e demandas dos conselheiros muitas vezes não resultam de um diálogo efetivo ou de uma colaboração construtiva, mas sim de uma tentativa de conciliar as exigências de alguns conselheiros mais ativos com as capacidades operacionais e políticas da secretaria. Essa relação de negociação, em vez de participação ativa, enfraquece a representatividade do processo e limita o potencial do PES como instrumento de planejamento voltado para o bem-estar da sociedade como um todo.

O Entrevistado F, que ocupa a posição de conselheiro de saúde, mencionou a dificuldade e a necessidade de disputar inclusive a participação e a necessidade de debate durante seus trabalhos:

Eu gosto de dizer que a gente tem muitos consensos com a gestão, mas tem muitos dissensos. Tinha uma prática da gestão que era levar a discussão da política primeiro para a CIB, aprovava tudo na comissão intergestora, que são dos secretários de saúde. Quando ela estava aprovada na CIB, trazia para nós. E é o contrário. A gente tem que ajudar a construir essa política, vê o que tem de falha nela no âmbito desse controle da sociedade. Então, depois aprovar na gestão lá, dos secretários de saúde (ENTREVISTADO F).

Outro ponto relevante é a capacidade limitada dos indivíduos que ocupam a posição de conselheiros de saúde de representar o conjunto da sociedade. A legislação que rege o Conselho é apontada pelos ENTREVISTADOS B e E como arcaica, o que permite que as mesmas organizações ocupem o espaço de decisão por longos períodos de tempo, limitando a renovação e a diversidade de perspectivas. Essa permanência de determinados grupos no CES-MG gera uma distorção na função do Conselho, que deveria refletir as demandas amplas da sociedade, mas acaba representando os interesses de grupos consolidados por muito tempo na ocupação desse espaço. Como consequência, o PES, que tem como seu objetivo distorcido para a prática, como anteriormente explicado, atender às demandas dos conselheiros, acaba por não atender às necessidades reais da sociedade em certa medida. Isso cria uma desconexão fundamental: o PES, em certa medida, não é elaborado para a sociedade, mas sim para responder às

exigências de um órgão cuja representatividade pode estar limitada por sua estrutura e atuação restrita.

Todavia, como também colocado pelo ENTREVISTADO B, não existe uma percepção comum entre governo e conselheiros sobre esse problema, o que faz com que o governo venha a não disputar essa modificação. O ENTREVISTADO G, que também faz parte do CES-MG, explica a situação da seguinte maneira:

A Resolução 453, ela determina que os conselheiros, eles são indicados por entidades, quem se elege lá no conselho não é o conselheiro, mas as entidades. [...] Então é desse jeito pela legislação. Então o Conselho Estadual de Saúde, ele não é diferente, pelo menos o de Minas Gerais, não é diferente do que estabelece a resolução 453 de 2012 (ENTREVISTADO G).

Essa situação coloca em evidência mais um desafio na compatibilização dos instrumentos de gestão do SUS com as necessidades da população. Ao buscar a aprovação dos conselheiros no espaço do Conselho, o PES perde parte de sua função estratégica de ser um reflexo das prioridades de saúde da sociedade mineira, comprometendo a eficácia do planejamento e a implementação das políticas públicas de saúde no estado.

Ao longo do capítulo, foram abordadas as contribuições e limitações dos diferentes atores que atuam no processo de elaboração do planejamento e da estratégia em saúde em Minas Gerais — desde os técnicos, que detêm o conhecimento prático e operacional, até a alta gestão, que interfere diretamente na definição de prioridades e na compatibilização dos planos com o controle social e as demandas políticas. O papel das secretarias meio e a influência do poder legislativo também demonstram como o planejamento não ocorre de forma linear, mas sim em um ambiente de negociações constantes, disputas de interesse e ajustes práticos.

A atuação de múltiplos atores no processo de planejamento e aprovação dos instrumentos de gestão na SES-MG evidencia a complexidade e as tensões inerentes a esses processos. No âmbito do planejamento setorial da saúde, a Alta Gestão, as Equipes de Condução Metodológica, os Técnicos e as Secretarias Meio e Nível Geral de Governo representam diferentes níveis de influência e responsabilidade, com cada um deles trazendo perspectivas e interesses próprios para as discussões.

Esses atores participam de duas arenas de aprovação que exercem grande impacto sobre o conteúdo final dos planos: a Assembleia Legislativa de Minas Gerais e o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Na Assembleia Legislativa, que aprova os instrumentos de gestão governamental, os grupos de interesse incluem deputados, bancadas, a presidência da Assembleia e comissões. Esses grupos disputam a inclusão de pautas e garantias orçamentárias que atendam tanto a demandas locais quanto a objetivos estratégicos estaduais.

No Conselho Estadual de Saúde, responsável pela aprovação dos instrumentos de gestão do SUS, os grupos de interesse se organizam em torno da mesa diretora, câmaras técnicas e conselheiros. Nesse contexto, os debates frequentemente refletem a busca por maior protagonismo e visibilidade nas pautas relacionadas à saúde pública, bem como a necessidade de assegurar que os recursos sejam direcionados para as prioridades estabelecidas pelo controle social.

Figura 7: Os processos de planejamento em saúde suas redes de atores múltiplos e arenas distintas.



Fonte: Elaboração própria.

A imagem acima sintetiza o processo descrito, mostrando como cada etapa envolve diferentes atores e objetivos, desde a definição de cronograma e metodologia, passando pela validação e proposição de conteúdo, até a aprovação final nas arenas correspondentes. Essa multiplicidade de atores e arenas gera acomodações e interferências que, muitas vezes, desviam os instrumentos de gestão de seus objetivos teóricos, imprimindo a subjetividade e racionalidade específica de cada grupo. Assim, a articulação e compatibilização entre as demandas do planejamento setorial da saúde e o planejamento governamental se apresentam como desafios contínuos, demandando uma maior colaboração e integração entre todos os

envolvidos para assegurar a coerência e a efetividade das políticas de saúde em Minas Gerais.

4.4. Cenários e perspectivas: a análise do ambiente organizacional

Partindo das reflexões desenvolvidas até aqui, torna-se evidente que os diferentes atores envolvidos na elaboração dos planos de saúde e planejamento governamental não compartilham uma homogeneidade em suas percepções e intenções. Essa diversidade de participantes — técnicos, gestores, políticos e sociedade civil organizada — impacta diretamente no processo de planejamento por sua racionalidade diversa que irá impactar em análises de ambiente organizacional distintas e na priorização de problemas e soluções a serem enfrentados. Cada grupo, inserido em contextos distintos, traz consigo diferentes visões e interpretações sobre as necessidades e desafios do setor (Mintzberg; Quinn, 2006).

Todavia, a atividade de examinar o ambiente externo traz por si desafios. Como explica Mintzberg e Quinn (2006, p.80) é no ambiente organizacional que estão lançadas todas as condições, influências externas que afetam a existência e desenvolvimento das organizações. E ainda que o estrategista está, ao menos intuitivamente, considerando e percebendo esse cenário que envolve a organização, tem ocorrido mudanças, os autores trazem como exemplo a rápida mudança no âmbito tecnológico e as mudanças mais lentas no plano político (Mintzberg; Quinn, 2006).

Em análise do plano de longo prazo, que como já demonstrado apresenta características mais pontual e genérica, o PMDI introduz o documento com a análise de ambiente realizada. No âmbito da saúde, foram escolhidos, sob critérios que não são claros, quatro indicadores. Ambos os indicadores são introduzidos por um comentário de que apesar da melhora geral da condição de saúde do estado, existe um desafio acerca da manutenção do ritmo de ganho de bem-estar pelos mineiros (Minas Gerais, 2019).

Para exemplificar o comentário realizado na abertura dos indicadores da pasta, dispõem-se da Taxa de Mortalidade Infantil. Para essa métrica a análise realizada é de níveis reduzidos dentro dos parâmetros da Organização Mundial da Saúde. Como consequência dessa análise, o PMDI (Minas Gerais, 2019) exige maior sofisticação no enfrentamento da mortalidade infantil.

O segundo indicador, a taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representa o segundo alerta realizado no plano, a prevalência dessas condições vem aumentando entre a população, apesar da estabilidade recente. O terceiro diagnóstico negativo realizado é acerca do acesso ou da efetividade da atenção primária sinalizado pelo patamares elevados de internações por condições sensíveis a esse nível de atenção (Minas Gerais, 2019).

Em contraponto, o documento (Minas Gerais, 2019) apresenta um aprimoramento na universalização e regionalização do cuidado. Isso porque, 7 de 13 macrorregiões de saúde do estado apresentaram taxa de resolubilidade macrorregional acima de 83% em 2017.

Avançando para o Planejamento Estratégico, sua elaboração ocorreu sobre a intenção de respeitar cinco premissas, sendo elas: a) Ter um planejamento conhecido por todos; b) Ser um processo participativo; c) Dimensões assistência e gestão com igual relevância; d) Evidenciar interconexões, e carregaram como conteúdo base as informações contidas no PES 2020-2023, no PMDI 2019-2030 e no Plano de Governo. O processo desenvolvido buscou priorizar problemas, que resultaram em quinze problemas prioritários conforme documentos internos da SES-MG (2023):

- Qualidade de dados, informações e sistemas
- Articulação entre os atores do Sistema Único de Saúde
- Desafios da integração organizacional
- Territorialização e operacionalização das políticas públicas de saúde
- Qualidade do gasto público em saúde
- Disponibilidade oportuna de insumos de saúde
- Acesso à atenção hospitalar
- Desafios para o acesso à Atenção Especializada
- Atenção Primária e a ordenação do cuidado
- Mortalidade Materna e Infantil
- Redução da cobertura vacinal
- Regulação e acesso do usuário aos serviços de saúde
- Políticas de saúde com foco no usuário
- Promoção e prevenção à saúde

Esses problemas se desdobraram nos objetivos estratégicos, configurando o mapa estratégico da SES-MG como já apresentado anteriormente. Conseqüentemente essa análise dos desafios da secretaria também impactou nos projetos estratégicos, em seus custos e planos que viriam a seguir, o PPAG e o PES.

É relevante comentar que durante as entrevistas notou-se que como a análise de ambiente pode se modificar ao longo de curtos períodos de tempo. O ENTREVISTADO A ao ser questionado sobre os objetivos SUS 1 e 4 do planejamento estratégico não guardarem relações temáticas com as diretrizes estratégicas do PMDI de forma tão clara, explicou que esses objetivos, em sua percepção derivam de eventos externos muito específicos da construção do segundo plano.

O objetivo estratégico 1, que trata da intenção da secretaria de garantir a participação social na construção e implementação das políticas de saúde, é reflexo da reprovação recente dos RAG pelo CES-MG. Ou seja, à medida que o conselho reprova relatórios de gestão abre-se uma nova preocupação que traz para o contexto organizacional a participação social como um fenômeno e ator importante de sua estratégia.

Por sua vez, o objetivo estratégico 4, que busca alcançar o maior nível de cobertura vacinal para evitar internações e óbitos, foi descrito pelo ENTREVISTADO A como uma resposta direta às consequências da pandemia de COVID-19, especialmente no período de 2020 a 2022, e à conseqüente diminuição na adesão vacinal por parte da população brasileira. A pandemia revelou fragilidades no sistema de saúde e alterou drasticamente as prioridades do governo, forçando uma readequação das metas estratégicas para lidar com as lacunas na cobertura vacinal. Esse objetivo não estava no PMDI, construído sobre contexto mais favorável, mas emergiu como uma prioridade em função das circunstâncias críticas impostas pelo novo cenário organizacional identificado apenas 2 anos após a elaboração do PMDI.

Esses exemplos ilustram como o ambiente organizacional, sujeito a pressões e eventos externos, força uma adaptação constante no planejamento estratégico. A capacidade de resposta a essas mudanças é fundamental para a manutenção da relevância e efetividade das políticas públicas. De acordo com Mintzberg (2004), o planejamento estratégico deve ser visto não apenas como um processo deliberado e linear, mas também como um fenômeno emergente, moldado

por contingências e pela dinâmica do ambiente. Assim, a estratégia precisa ser flexível para incorporar novos desafios à medida que eles surgem, sem perder de vista os objetivos de longo prazo.

Por fim, cabe destacar a diferença quanto ao processo de levantamento de problemas entre os planejamentos de médio prazo. O PPAG não exige, em sua estrutura obrigatória, a inclusão de um diagnóstico detalhado dos problemas que embasam a criação de suas ações e programas. Diferentemente, o plano de saúde é construído a partir de uma Análise Situacional, como mencionado anteriormente, em razão da definição legal lançada pela Portaria GM/MS nº 2.135/2013 (Ministério da Saúde, 2013). Essa análise permite um diagnóstico aprofundado da estrutura, das redes de atenção, das condições socio sanitárias, dos fluxos de acesso entre outros temas que possibilitam a identificação de problemas prioritários a serem enfrentados. A presença dessa análise situacional no PES remonta também seu embasamento forte e ainda presente de umas das teorias que embasam sua criação, o modelo de planejamento estratégico situacional proposto por Matus (1993).

A ausência de uma análise diagnóstica explícita no PPAG, em contraste com a estrutura detalhada do PES, pode gerar incompatibilidades e diferenças significativas entre os planos. Essas divergências refletem não apenas prioridades distintas, mas também a ausência de um vínculo claro entre a identificação dos problemas de saúde e a alocação de recursos no planejamento governamental mais amplo.

Ao ser perguntado sobre esse potencial desafio à compatibilização, o ENTREVISTADO C comentou que achava que dependia “muito da forma como o PPAG vai ser construído [...]. No caso da saúde, isso é um pouco mais expandido, a gente leva muito a sério essa questão do diagnóstico” (ENTREVISTADO C). Ele comenta ainda, que a análise situacional que subsidiou o PES já estava pronta antes da elaboração do PPAG e antes mesmo da elaboração do planejamento estratégico, o que facilitou sua absorção ainda que de maneira mais indireta, tendo em vista que, na sua percepção, o planejamento estratégico e os problemas priorizados foram o grande subsídio para os planos seguintes, PPAG e PES.

4.5. Labirintos de coordenação: a natureza seletiva da priorização na estratégia

A próxima etapa do ciclo de planejamento, que segue a análise de ambiente, é a definição de prioridades. Neste ponto, torna-se crucial compreender como os atores envolvidos selecionam as questões mais urgentes a serem enfrentadas, considerando as limitações impostas pelo contexto organizacional e pela racionalidade dos tomadores de decisão. A forma como as prioridades são estabelecidas revela, em grande parte, as influências da legislação, da percepção dos atores e da qualidade diagnóstica, trabalhados até aqui, que moldam as decisões estratégicas, o que pode acentuar ainda mais as diferenças entre o planejamento setorial da saúde e o governamental.

A lógica de priorização, elemento central em qualquer estratégia, implica necessariamente em escolhas seletivas, onde a ênfase em determinados problemas ou ações significa abrir mão de outros potenciais focos (Mintzberg; Quinn, 2006; Silveira, 2013). No entanto, tanto o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) quanto o Plano Estadual de Saúde (PES), por imposições legais, precisam abranger a totalidade dos programas, ações e gastos de suas respectivas áreas. Isso levanta um questionamento fundamental: como esses planos podem efetivamente demonstrar prioridades se ambos são obrigados a refletir toda a amplitude das ações governamentais e setoriais?

No caso do PPAG, sua natureza orçamentária obriga que ele contemple todas as despesas públicas, independentemente de serem estratégicas ou não. Isso inclui tanto ações prioritárias quanto aquelas que, embora relevantes, não são centrais para o alcance dos objetivos estratégicos de médio ou longo prazo. A necessidade de garantir que o PPAG cubra todo o espectro de atividades do governo o transforma em um documento mais programático do que seletivo, diluindo a capacidade de demonstrar, de forma clara, quais áreas são realmente prioritárias para a gestão (Minas Gerais, 1989, art. 153-154).

Da mesma forma, o PES enfrenta um desafio semelhante. Por determinação legal, ele deve abarcar todas as ações de saúde realizadas no estado, desde a atenção básica até as iniciativas mais complexas. Embora o PES seja construído com base em uma Análise Situacional, que teoricamente deveria orientar a priorização de problemas, o fato de precisar englobar todas as ações desenvolvidas na área da saúde enfraquece sua capacidade de evidenciar escolhas estratégicas

claras. Em vez de funcionar como um plano de prioridades, o PES acaba funcionando como um catálogo abrangente das atividades de saúde (Brasil, 2013).

A consequência dessa abrangência é que tanto o PPAG quanto o PES tornam-se instrumentos que, ao tentar cobrir todos os aspectos das políticas públicas, acabam dificultando a explicitação de prioridades. A priorização, que deveria ser o coração de qualquer plano estratégico, fica ofuscada pela necessidade de refletir a totalidade das ações e orçamentos. Isso contraria a própria natureza seletiva da estratégia, que pressupõe foco e decisões difíceis sobre o que deve ser priorizado em detrimento de outros possíveis ganhos, como explica o ENTREVISTADO B acerca do PES:

Eu não acho que a maneira como PES é construído pelos motivos que eu te falei com objetivos que ele acaba tendo que ter, eu não acho que ele é um instrumento que comunica bem prioridade. Eu acho que o que vai comunicar melhor prioridade do que o PES é até o PPAG, porque você olha onde que está o recurso alocado ali e de que forma ele está alocado. Talvez consiga identificar mais prioridades por tema, então, olhando que temas são mais recorrentes em metas, que temas mereceram um objetivo e outros que estão em objetivos mais genéricos. Então acho que, por exemplo, materno-infantil, você consegue ver claramente ele como uma prioridade da secretaria: Ela é uma rede que tem um objetivo próprio, que tem muitas metas ali naquele objetivo imbuídas, [...] e tem muitas metas de áreas distintas. Então, se eu não me engano, ela tem meta da ambulatorial, da primária e da vigilância, então claramente, ela é uma área prioritária da secretaria, enquanto que você olha para a rede da pessoa com deficiência, eles são indicadores menos assistenciais e mais processuais, são indicadores, geralmente, de uma área só e tão dentro de um objetivo que não é um objetivo próprio, que embora mencione a rede pessoa com deficiência, não é um objetivo daquela rede específica, não está vinculada a um objetivo estratégico específico, não está vinculado a prioridade sanitária de nenhum PRI. Então se você faz uma análise analítica acadêmica, você consegue, através de algumas métricas, identificar prioridades, mas para comunicar com a população, ele não é um bom instrumento de comunicação de prioridade. E aí eu nem acho que é o PES da SES, eu acho, de novo, que é a maneira como PES precisa ser concebido pelos estados, pela função institucional que ele tem dentro do SUS mesmo (ENTREVISTADO B).

A fala do ENTREVISTADO B ressalta as limitações do PES como um instrumento eficaz de comunicação de prioridades, destacando que sua construção institucional e obrigatoriedade de incluir todas as ações de saúde dificultam a explicitação de focos estratégicos claros. Embora o PES apresente temas recorrentes, como a saúde materno-infantil, que se destacam pela quantidade de metas e sua presença em diferentes áreas, ele ainda não é percebido como um mecanismo eficaz para sinalizar prioridades de forma acessível à população. O

entrevistado sugere que o PPAG, apesar de também ser abrangente, pode comunicar prioridades de maneira mais clara, porém ainda pouco satisfatória e facilmente comunicável. Ele reconhece que essa análise requer uma abordagem técnica e acadêmica, já que a estrutura do PES dificulta a comunicação direta com o público. Assim, a percepção de prioridade no PES é mais técnica do que prática, limitada pelas exigências legais e pela complexidade do processo de planejamento no SUS.

Onde as prioridades deveriam ser comunicadas então? Pela legislação, elas deveriam ser comunicadas na PAS. De novo, o legislador na PAS tenta ligar o processo de planejamento SUS ao processo de planejamento governamental. E ali tem 2 pontos fundamentais. Primeiro, ele entende que a PAS tem que ser apresentada antes da LDO, a Lei de Diretrizes Orçamentárias. [...] Primeiro, porque, teoricamente, a LDO precisa apresentar prioridades daquele nível de governo. De fato, as prioridades mais gerais estão na LDO. Segundo, porque, teoricamente, para construir a LDO, governo tem que dar os insumos, tem que fazer um levantamento de necessidades para que a LDO defina os limites que ela define, os limites orçamentários. Qual que é o problema dessas questões na prática, do ponto de vista de levantamento de necessidades da LDO, os estados e as secretarias não constroem os seus orçamentos baseados no levantamento de necessidades. Então assim: faz aí o orçamento para qualquer dinheiro infinitamente, todas as ações dos problemas, tudo que você quer e precisa para esse ano e depois a gente vê o que corta, o que não corta, que seria a lógica de porque apresentar a PAS, o orçamento da pasta, antes da LDO. Na prática, os governos, ou pelos menos as secretarias que eu conheço, constrói a partir de uma base mínima durante o processo de construção da LOA, e não da LDO. Bom, o próprio CONASS reconhece que esse processo não funciona dessa forma. Então, embora a 141 diga isso, a nota técnica nº 5 do CONASS, ela mesma reconhece que a PAS precisa ser construída em 2 etapas. Então, a própria orientação já do CONASS é de que o orçamento entre na PAS depois que a LOA foi elaborada. De novo reforço que o orçamento é um bom, uma boa forma de comunicação de prioridades, mas o próprio Conass entende que ela tem que vir depois. Esse é o ponto do orçamento. O outro ponto é que, teoricamente, as LDO precisam comunicar as prioridades do estado. Fato, só que aí tem um problema de novo, que é a 141 é importante e uma conquista, mas a jurisdição dela é limitada aos fundos estaduais de saúde. Não necessariamente, a lógica dela comunica com a lógica dos instrumentos de planejamento governamental, porque nada obriga a Seplag a de fato colocar prioridades claras, técnicas, objetivas, coerentes com os outros instrumentos de planejamento na LDO. Então o que acontece em Minas Gerais, por exemplo, é que o capítulo de prioridades da LDO, ele é genérico, reflete muito mais o PMDI de forma ampla, global, do que prioridades claras do que selecionar propriamente dito, o que daquilo ali que está no PES, que é mais prioritário para aquele ano. Então acaba que na PAS simplificado a gente informa que tudo que está na PAS é uma prioridade, porque na prática isso não vai entrar na LDO, pelo menos não na LDO de Minas Gerais. (ENTREVISTADO B).

Dessa maneira, de acordo com a percepção do entrevistado, dado a abrangência legal prevista para o PES, o legislador considerou a PAS e a LDO como o espaço para definição das prioridades. Todavia, dificuldades práticas interpõem-se sobre esse processo de interlocução e compatibilização entre o planejamento governamental e setorial. O que pretendia-se é que o encadeamento entre PES, PAS e LDO, fizesse que o levantamento amplo de necessidades e objetivos realizado no PES e na PAS atuasse como insumo para que necessidades de saúde fossem levadas em conta no processo priorização à ser realizado na LDO, à medida que essa “compreenderá as metas e prioridades da Administração Pública Estadual” (Minas Gerais, 1989, art. 155), dessa forma poderia ser enviada uma proposta de PAS em completa compatibilidade com a LDO, destacando prioridades iguais em ambos os textos.

Entretanto, o que ocorre na prática é que a Lei de Diretrizes Orçamentárias em Minas Gerais contém um texto mais generalizante e amplo, muito semelhante ao observado no PMDI. Na visão do ENTREVISTADO B, isso ocorre em razão da legislação do SUS possuir jurisdição limitada aos Fundos Estaduais de Saúde, ou seja, não gerando obrigações reais de que as secretarias meio de governo que se encarregam pela elaboração da LDO elaborem esse instrumento deixando de maneira clara e compatível aos instrumentos de gestão do SUS, as prioridades da pasta da saúde. Ao mesmo passo, a discussão de priorização e limites orçamentários é realizada efetivamente no âmbito da elaboração da LOA, ou seja, as prioridades só serão discutidas de fato na esfera governamental após o envio da LDO e conseqüentemente da PAS.

Essa realidade impõe desafios práticos que motivaram uma adaptação normativa, conforme reconhecido pelo CONASS na Nota Técnica nº 5/2013 (CONASS, 2013). A legislação original, a LCP nº 141/2012 (Brasil, 2012, art. 36 §2º) estabelecia que a PAS deveria ser apresentada antes da LDO, a fim de garantir que as prioridades setoriais em saúde fossem integradas ao planejamento orçamentário governamental. Diante disso, o CONASS propôs uma solução dividida em duas etapas: uma primeira versão da PAS, mais simplificada, é elaborada antes da LDO, destacando as prioridades do setor, mas sem o detalhamento orçamentário; e uma segunda versão, contendo as estimativas orçamentárias e metas específicas, é apresentada após a elaboração da LOA. Essa mudança foi necessária para acomodar a realidade de que as discussões orçamentárias, na prática, ocorrem

tardiamente, durante a elaboração da LOA, e não no momento da LDO, como originalmente previsto. A Nota Técnica nº 5 (CONASS, 2013) reconhece que, apesar da intenção da LC 141/12 (Brasil, 2012, art. 36 §2º) de alinhar o planejamento setorial com o orçamentário, a sequência proposta não era viável devido às diferenças na dinâmica de planejamento dos estados.

Para o planejamento governamental encontram-se desafios igualmente importantes aos supra explicados no âmbito da gestão do SUS e sua interlocução pensada pelo legislador com a esfera governamental geral. Para o PPAG, a priorização foi pensada através do Identificador de Ação Governamental (IAG). O Mapa de Conceitos (Minas Gerais, 2020) elaborado pela ALMG para subsidiar as discussões participativas do PPAG 2020-2023, o define da seguinte maneira:

Segundo seu IAG, as ações são classificadas como de acompanhamento geral ou intensivo. As ações de acompanhamento geral são aquelas que contemplam as prioridades setoriais, mas não estão diretamente vinculadas à linha fundamental de atuação de governo, englobando também as ações com foco na manutenção e na melhoria da máquina pública. Já das ações de acompanhamento intensivo são esperados os maiores impactos da atuação do Estado, o que justifica seu acompanhamento diferenciado (Minas Gerais, 2020).

Todavia, a definição do IAG não é simples e demonstra bem como a priorização é complexa antes de ser refletida no PPAG, distorcendo-a de tal maneira à não ser um local de consulta tão bom, como destaca o ENTREVISTADO C. Para compreender o processo de definição desse classificador, primeiro é importante recordar a diferença entre a carteira de projetos estratégicos da SES-MG em contraponto com a carteira estratégica do Governo de Minas Gerais. Como explicou o ENTREVISTADO A, a carteira da secretaria possui atualmente 18 projetos estratégicos, que no entanto não são todos considerados projetos estratégicos para o nível geral de governo, sendo o inverso também verdade, existem projetos estratégicos para o governo que não possuem relevância e urgência no âmbito da pasta, trago por exemplo pelo entrevistado o projeto Hospitais Regionais.

Assim, o ENTREVISTADO A explica que só aqueles projetos acompanhados pela Seplag-MG como estratégico podem receber tal classificação. Ainda assim, outros fatores implicam nesse processo: o projeto precisa ter orçamento relevante e não crítico o suficiente para ter recebido uma ação separada de outros itens e não

pode configurar um processo ou uma política contínua priorizada. O resultado é que uma pequena parcela de ações priorizadas na rotina da Administração Pública estadual, seja na esfera setorial ou geral, realmente, são repercutidas e comunicadas como prioritárias no plano governamental de médio prazo.

Como explorado recorrentemente neste item, a priorização, na maioria dos casos, sempre é pensada em razão da comunicação. O ENTREVISTADO A resume essa dinâmica ao afirmar que, na prática, "o instrumento de planejamento serve para organizar a informação". Nesse contexto, quem se comunica, para quem se comunica e o que é comunicado moldam o conteúdo e a forma dos planos. Como esses três elementos variam de um plano para outro, é natural que os resultados e as prioridades também sejam diferentes. Em outras palavras, à medida que os atores responsáveis pela comunicação através dos planos mudam, e eles se dirigem a públicos distintos em cada instrumento, a organização e o recorte das informações também variam. Isso gera diferenças na forma como os planos são estruturados e no tipo de prioridades que eles destacam, resultando em abordagens específicas e muitas vezes divergentes entre os documentos de planejamento.

5. Considerações Finais

Como discutido nos capítulos anteriores, a SES-MG exemplifica a complexidade das organizações públicas ao incorporar mitos, rituais e formalismos que moldam suas práticas e interações internas. Esses elementos, conforme discutido por Meyer e Rowan (1977), são fundamentais para a institucionalização das organizações, conferindo-lhes legitimidade e estabilidade. Na SES-MG, tais práticas podem ser observadas nas dinâmicas entre áreas técnicas, alta gestão e equipes de planejamento, onde rituais como reuniões periódicas, relatórios formais e cerimônias de reconhecimento desempenham um papel crucial na manutenção da ordem e na promoção de uma cultura organizacional coesa.

Entretanto, a SES-MG não opera isoladamente, ela está inserida em um campo organizacional mais amplo que inclui outras secretarias de saúde, o Ministério da Saúde e o próprio CES-MG. Essas entidades, em alguns casos, exercem pressões coercitivas e normativas sobre a SES-MG, bem como influenciam mimetismos nas políticas e práticas desenvolvidas em Minas Gerais, conforme o conceito de isomorfismo trabalhado por DiMaggio e Powell (1991). No caso da

SES-MG, essas pressões podem ser percebidas na necessidade de alinhar seus planos e estratégias com diretrizes nacionais e estaduais de saúde, mas principalmente com atender às expectativas do controle social.

Além das pressões internas do campo organizacional da saúde, a SES-MG está suscetível a demandas externas provenientes da sociedade e do governo. Essas demandas podem incluir expectativas de transparência, eficiência e responsividade às necessidades da população. Selznick (1972) argumenta que as organizações devem responder a essas pressões para garantir sua legitimidade e sobrevivência. No contexto da SES-MG, isso pode significar que a secretaria deve equilibrar suas práticas institucionalizadas com a capacidade de adaptação às mudanças e demandas externas, como crises de saúde pública ou mudanças nas políticas governamentais.

Os desafios para compatibilizar os instrumentos de planejamento do SUS com os instrumentos de planejamento governamental podem estar relacionados, principalmente, às acomodações práticas das legislações que os regem, às limitações na coordenação dos atores envolvidos, à diversidade e adversidade das arenas de negociação, às perspectivas conflitantes na análise de ambiente e às limitações na priorização organizacional, que resultam em estratégias comunicadas de forma diversa, dependendo da finalidade e abrangência de cada plano.

A análise dos múltiplos atores envolvidos no planejamento de saúde em Minas Gerais revela uma estrutura complexa, marcada pela interação entre níveis hierárquicos distintos e pela necessidade de coordenação entre áreas internas e externas ao setor saúde, envolvendo por exemplo as demais pastas estaduais e a estratégia desenvolvida pelo governo eleito. Essas relações se configuram como um processo multifacetado e colaborativo, onde diferentes atores, incluindo técnicos, alta gestão e secretarias, atuam em rede. Essa interação permite a construção de estratégias e políticas mais alinhadas às estratégias governamentais e as diretrizes da alta gestão em comunicação e escuta a atuação técnica, mas também apresenta desafios de coordenação e comunicação entre as partes, o que pode gerar divergências e complicar a consolidação de um planejamento coerente e unificado para o estado.

No cenário mineiro, as arenas governamentais são espaços de intensa negociação e, por vezes, de conflito, inclusive no que tange ao planejamento em saúde. A negociação em espaços como a Assembleia Legislativa, se tratando do planejamento governamental geral, e o Conselho Estadual de Saúde, quando dos instrumentos de gestão do SUS, revela a complexidade das interações entre agentes públicos e a necessidade de conciliação de interesses, que tendem a gerar distorções próprias em cada um dos ritos de aprovação dos planos. Esses conflitos são inevitáveis, mas são também oportunidades para consolidar políticas que atendam melhor às realidades da sociedade e promovam o bem-estar social.

A análise do ambiente organizacional envolve uma compreensão profunda das pressões socioeconômicas, políticas e culturais que impactam a saúde da população em Minas Gerais. A complexidade e volatilidade do ambiente externo influenciam as decisões estratégicas à medida que cada plano possui a tarefa de reconhecer desafios e selecioná-los, processos que em certa medida podem variar entre os planejamentos discutidos. A análise de cenários funciona, portanto, como uma ferramenta para antecipar e planejar soluções que atendam à diversidade de demandas cujo os recortes temporais, como o de longo prazo adotado pelo PMDI são desejáveis, mas, para serem viáveis do ponto de vista da compatibilização, devem apontar para diretrizes mais detalhadas e dialogar com as restrições imediatas de recursos e capacidades institucionais, reconhecendo a influência de fatores externos sobre a alocação orçamentária e a efetividade das ações planejadas.

Em síntese, o processo de compatibilização entre o planejamento setorial da saúde e o planejamento governamental em Minas Gerais é complexo e exige um esforço contínuo de coordenação, alinhamento e negociação entre múltiplos atores e interesses. Compreender as dinâmicas de poder, as pressões institucionais e as exigências legais é fundamental para aprimorar a coerência e a efetividade dos instrumentos de planejamento, garantindo que as estratégias formuladas atendam tanto aos objetivos institucionais da SES-MG quanto às necessidades e expectativas da sociedade. Este estudo buscou trazer à tona esses desafios e identificar caminhos que possam contribuir para uma melhor integração entre os planos,

reforçando o papel do planejamento como instrumento vital para a melhoria da saúde pública em Minas Gerais.

As limitações na definição de prioridades e nas abordagens de comunicação entre os instrumentos de planejamento tornam ainda mais complexa a busca por coerência e integração entre os planos setoriais e governamentais. Em cada plano reside o desafio da natureza essencialmente seletiva da estratégia, escolher problemas e alternativas em detrimento a outras tendo em perspectiva que se fala de cuidar da saúde humana é uma tarefa ainda mais árdua quando precisa-se conciliar a responsabilidade técnica, os conteúdos legalmente intrínsecos e o papel comunicacional e de discussão que o planejamento compreende.

Em síntese, o processo de compatibilização entre o planejamento setorial da saúde e o planejamento governamental em Minas Gerais exige uma constante coordenação e negociação entre múltiplos atores e interesses. Compreender as dinâmicas de poder, as pressões institucionais e as exigências legais é fundamental para aprimorar a coerência e a efetividade dos instrumentos de planejamento, garantindo que as estratégias atendam tanto aos objetivos institucionais da SES-MG quanto às necessidades da sociedade. Este estudo buscou evidenciar esses desafios, traduzindo dificuldades cotidianas e internalizadas nas rotinas dos atores e arenas aqui citados. O esforço que se buscou aqui foi dar o primeiro passo no sentido de esclarecer o problema, para que potenciais trabalhos futuros e em diálogo possam propor soluções e desenhar caminhos para a construção de uma estratégia mais coordenada, coesa e coerente, resultando em ganhos de efetividade para as políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMOND, Gabriel A.; POWELL, G. Bingham Jr. Uma teoria de Política Comparada. 2ª ed. Tradução de Narceu de Almeida Filho. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

Apresentação da Carteira Estratégica de Projetos. Saúde MG - SES-MG. Belo Horizonte: Youtube, 3 jul. 2023. Disponível em: <https://youtu.be/ITYxrgpAY0Q>. Acesso em: 12 jul. 2024.

Bechelaine, C. H. O. ; SILVEIRA, M. C. . O modelo de Gestão Pública por Resultados em Minas Gerais Anlisadao à luz da Experiência do Programa Estado Para Resultados. In: XXXIV Enpad, 2010, Rio de Janeiro. XXXIV Enpad, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 18 mar. 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019. Altera o art. 165 da Constituição Federal para dispor sobre a execução obrigatória das emendas de bancada. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 27 jun. 2019.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 5 maio 2024.

BRASIL. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de outubro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 dez. 2006a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3085_01_10_2019.html. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.233, de 1º de março de 2024. Regulamenta a etapa 1: planejamento, referente ao Programa SUS Digital, de que trata o Anexo CVIII à Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para o ano de 2024. Brasília: Diário Oficial da União, 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3233_04_03_2024.html. Acesso em: 1 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3332_20_12_2017.html. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 21 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAES/MS nº 1.640, de 7 de maio de 2024. Dispõe sobre a operacionalização do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2024b. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RES-OLUCOES/Resoluo_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf. Acesso em: 28 de abr. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde - Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 318 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acesso em: 17 mar. 2024.

BANDEIRA-DE-MELLO, R.; CUNHA, C. J. C. de A. Operacionalizando o método da grounded theory nas pesquisas em estratégia: técnicas e procedimentos de análise com apoio do software. Atlas/ti. In: ENCONTRO DE ESTUDOS EM ESTRATÉGIA. 1, 2003, Curitiba, Anais... Curitiba: ANPAD, 2003.

CALMON, Paulo; COSTA, Arthur Trindade Maranhão. Redes e governança das políticas públicas. RP3-Revista de Pesquisa em Políticas Públicas, n. 1, 2013.

CARR-HILL Roy; et al. Access and the utilization of healthcare services. In: Ferguson B et al. (Editors). Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

CHAREANPUNSIRIKULA, S.; WOOD, R. C. Mintzberg, managers and methodology: some observations from a study of hotel general managers. *Tourism Management*, nº 23, pp.551–556, 2002.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (CES-MG). Resolução CES/MG nº 72, de 4 de outubro de 2022. Dispõe sobre a aprovação do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais para o quadriênio 2020-2023 (PES). Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado, 2022. Disponível em: <http://ces.saude.mg.gov.br/?wpdmp=resolucao-72-2020>. Acesso em: 21 jul. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica nº 05/2013: Orientações para aplicação do §2º do artigo 36 da LC 141/12. Alethele de Oliveira Santos; Lourdes Lemos de Almeida. Brasília: CONASS, 2013.

CROZIER, Michel. O Fenômeno Burocrático: Ensaio sobre as tendências burocráticas dos sistemas de organização modernos e suas relações, na França, com o sistema social e cultural. Trad. de Juan A. Gili Sobrinho. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1981.

CURRIE, G.; PROCTER, S. The antecedents of middle managers' strategic contribution: the case of a professional. *Journal of Management Studies*, v. 42, nº 7, p.99-117, November 2005.

DATASUS. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em: 21 jul. 2024.

DEMIR, T.; REDDICK, C. Understanding shared roles in policy and administration: an empirical study of council-manager relations. *Public Administration Review*, v. 72, nº 4, p. 526–535, July/August 2012.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. A Gaiola de Ferro Revisada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, FGV, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 74-89, Abr./Jun. 2005.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W.W. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, W.W. Powell and P.J. DiMaggio (eds.), University of Chicago Press, Chicago, 1991.

DRUCKER, Peter Ferdinand. *Administrando em tempos de grandes mudanças*. Cengage Learning Editores, 1995.

FAYOL, Henri. *Administração Industrial e Geral: previsão, organização, comando, coordenação e controle*. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 1990.

FLOYD, S. W.; WOOLDRIDGE, B. Middle management involvement in strategy and its association with strategic type: a research note. *Strategic Management Journal*, 1992.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. PPA: O que não é e o que pode ser. In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Brasília: Ipea, 2012. p. 431-456.

GIACOMONI, James. Orçamento governamental: teoria, sistema, processo. São Paulo: Atlas, 2019.

GUERREIRO RAMOS, A. Administração e estratégia do desenvolvimento: elementos de uma sociologia especial da administração. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1966.

HOWLETT, M. Public managers as the missing variable in policy studies: an empirical investigation using canadian data. *Review of Policy Research*, v. 28, nº 3, p. 247–263, May 2011.

JELINEK, Mariann. Institutionalizing Innovation: A Study of Organizational Learning Systems. Ilustrada. New York: Praeger, 1979. 173 p.

KURATKO, D.; IRELAND, R. D.; COVIN, J.; HORNSBY, J. A model of middle-level managers' entrepreneurial behavior. *Entrepreneurship Theory & Practice*, p.699-716, November 2005.

LAPASSADE, Georges. Grupos, Organizações e Instituições. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves, 1983. 316 p.

MACHADO-DA-SILVA, C.; GONÇALVES S. A. Mudança organizacional, esquemas interpretativos e contexto institucional: dois casos ilustrativos. *Revista de estudos organizacionais*. Maringá, v.1, n.2, p.1-16, jul. 2000.

MARCH, James C.; SIMON, Herbert. *Organizations*. New York: Wiley, 1958.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de Pesquisa*. 7ª. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MATUS, Carlos. *Política, planificação e governo*. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Desafios do SUS*. Brasília: CONASS, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, T. et al. – Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção: relatório final. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 2008.

MERTON, Robert. Estrutura burocrática e personalidade. In: ETZIONI, Amitai (Org.) *Organizações complexas*. São Paulo: Atlas, 1971.

MERTON, Robert. Social theory and social structure. New York: Free Press, 1968

MEYER, J. W.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. American Journal of Sociology, v. 83, 1977, p. 340-363.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa. Mapa de Conceitos: Discussão participativa PPAG 2020-2023. Assembleia Legislativa, Belo Horizonte: 2020. Disponível em: <https://mediaserver.almg.gov.br/acervo/964/835/1964835.pdf>.

MINAS GERAIS. Constituição (1989). Constituição do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1989. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/bitstream/11037/52714/1/CE%20Atualizada%202024-02-33%2%aaed-Fevereiro.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2024.

MINAS GERAIS. Decreto nº 48.661, de 31 de julho de 2023. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 31 jul. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-1640-de-7-de-maio-de-2024-58531444>. Acesso em: 1 set. 2024.

MINAS GERAIS. Lei nº 23.578, de 15 de janeiro de 2020. Institui o Plano Plurianual de Ação Governamental para o quadriênio 2020-2023 - PPAG 2020-2023.. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado, 2020. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1gIXsTXyeX31GwKEt_Kzkl75utMg7izke. Acesso em: 21 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Lei nº 24.677, de 16 de janeiro de 2024. Institui o Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG – para o quadriênio 2024-2027 – PPAG 2024-2027. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado, 2024b. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/24677/2024/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Planejamento Estratégico 2023-2026. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/planejamento-estrategico>. Acesso em: 1 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2019-2030. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, 2019. Disponível em: https://www.mg.gov.br/system/files/media/planejamento/documento_detalhado/2022/planejamento-e-orcamento/plano-mineiro-de-desenvolvimento-integrado-pmdi/pmdi_2019-2030_virtual2.pdf. Acesso em: 1 jul. 2024.

MINTZBERG, Henry. Ascensão e queda do planejamento estratégico. tradução por Maria Adelaide Carpigiani. Porto Alegre: Bookman, 2004.

MINTZBERG, Henry; QUINN, James Brian. O processo da estratégia. 1. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MINTZBERG, Henry. The nature of managerial work. New York: Harper; Row, 1973.

OLIVEIRA, V. E.; ABRUCIO, F. L. Entre a política e a burocracia: a importância dos burocratas de nível médio para a produção de políticas públicas em saúde e educação. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 35., Caxambu, MG, 2011.

OLIVEIRA, V. E. Instituições, burocracia e produção de políticas públicas: o caso da política estadual de saúde. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 33., Caxambu, MG, 2009.

PENCHANSKY, Roy D.B.A.; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19: 127-140, 1981.

PIRES, R. (Org.) Efetividade das Instituições Participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO | SES: Construindo um novo ciclo 2023 - 2026. Saúde MG - SES-MG. Belo Horizonte: Youtube, 5 abr. 2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=AGoUeGP0W5I&pp=ygUic3VhZGUgbWcgcGxhbmVqYW1lbnRvIGVzdHJhdMOpZ2ljbw%3D%3D>. Acesso em: 12 jul. 2024.

PORTER, M. E. *Competitive advantage: creating and sustaining competitive performance*. New York: Free Press, 1985.

PORTER, M. E. *Competitive strategy: techniques for analysing industries and competitors*. New York: Free Press, 1980.

RIGGS, F. W. *A ecologia da administração pública*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1964.

RODRIGUES, Jéssica Muzy. Análise da qualidade da informação, potencialidades e limitações do indicador de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis e sua utilização nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). 2017. 76 f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde)-Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SALDANHA, L. R. et. al. Sistemas de gestão empresarial contribuem para o isomorfismo organizacional? *Revista Gestão e Regionalidade*, vol. 34, núm. 102, pp. 211-228, Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS, 2018.

SANTANA, Daniel. Teoria do Desenvolvimento Organizacional. Youtube, 29 de jul. 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sauC8WYGuA0>. Acesso em: 14 de dez. 2021.

SCHNEIDER, V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. *Civitas*, v.5. n.1, 29-58. 2005

SCOTT, W. R. *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2nd ed. 2001.

SCOTT, Richard W.; MEYER, John W. The organization of societal sectors: propositions and early evidence. In: POWELL, W. W. and DIMAGGIO, P. J. (org.) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.

SELZNICK, P. A liderança na Administração: uma interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972.

SILVEIRA, Mauro Cesar da. O Processo de formulação da estratégia: um estudo de caso longitudinal sobre o processo de construção das estratégias do Governo de Minas Gerais entre 1995-2011. Tese (Doutorado) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SIMON, H. Comportamento Administrativo. Rio de Janeiro: USAID. 1957.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

TAYLOR, Frederick Winslow. Princípios de Administração Científica. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 1990.

TECH DAY SAÚDE-MG APRESENTA INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS PARA A GESTÃO DO SUS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 11 jul. 2024. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/20142-tech-day-saude-mg-apresenta-inovacoes-tecnologicas-para-a-gestao-do-sus>. Acesso em: 25 ago. 2024.

TEIXEIRA, Carmen Fontes et al. Proposta Metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (organizadora). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 51-76.

TONI, Jackson de. Reflexões sobre o Planejamento Estratégico no Setor Público. Brasília: Enap, 2021.

UDY, Stanley H. Jr. Work in Traditional and Modern Society. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1970.

VILAÇA, Eugênio. As redes de atenção à saúde. OPS. Brasília. Extraído el, v. 7, 2011.

WEBER, Max. Economia e sociedade. Brasília: UnB, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.

WU X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M; SCOTT, F. The public policy primer: managing the policy process. Routledge, 2010.