

CAPACIDADES ESTATAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: uma abordagem sobre o planejamento no campo da saúde no município de Porto Alegre

Luciana Pazini Papi¹¹
Bruna Hamerski¹²

Resumo: O artigo tem como objetivo principal investigar a importância dada ao planejamento como instrumento para a operacionalização da política pública de saúde, em nível local. Parte-se do pressuposto de que o planejamento é uma ferramenta relevante de produção de capacidade estatal administrativa, capaz de qualificar a entrega de políticas públicas à população, nas três esferas de governo e, sobretudo, nos municípios. Para tanto, o artigo chama atenção para a importância de se planejar o cotidiano dos serviços de saúde, em suas distintas dimensões, mas sobretudo na implementação, pois é nessa etapa do ciclo que se encontram os maiores desafios de concretização da política pública. Do ponto de vista metodológico, tratou-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa, na qual foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, junto a profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), na área de gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em Porto Alegre. As entrevistas buscaram captar a existência do planejamento nas UBSs e a forma como é concebido e realizado.

Palavras-chave: planejamento estratégico, capacidades estatais locais, gestão de políticas públicas, saúde.

STATE CAPACITIES FOR PUBLIC POLICY IMPLEMENTATION: an approach to health planning in the municipality of Porto Alegre

Abstract: The main objective of this article is to investigate the importance given to planning as an instrument for the operationalization of public health policy at the local level. It is assumed that planning is a relevant tool for the production of state capacity capable of qualifying the delivery of public policies to the population, in the three spheres of government and, especially, in the municipalities. For this, the article draws attention to the importance of planning the daily life of health services in their different dimensions, but especially in the implementation, because it is at this stage of the cycle that the greatest challenges of public policy are found. From the methodological point of view, it was a descriptive and qualitative research, in which semi-structured interviews were applied to professionals from the Unified Health System (SUS) in the area of management of the Basic Health Units (UBS) in Porto Alegre.

Keywords: strategic planning, local state capacities, public policy management, health.

¹¹ Professora adjunta do departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul com doutorado sanduíche PDSE-CAPEs na Universidade Torcuato Di Tella. É bacharel em Ciências Sociais e mestre em Ciência Política pela UFRGS.

¹² Mestranda em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e Graduada em Administração Pública e Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Introdução

Com a virada para o século XXI, o tema “capacidades estatais” ganha espaço no Brasil, em conformidade com o movimento latino-americano, que traz o “Estado de volta” (EVANS, 1993) para a recuperação das tarefas de desenvolvimento econômico e social. Naquele contexto, em que a maioria dos países latino-americanos estava sob a liderança de governos de centro-esquerda, passou-se a revalorizar o papel do Estado na concepção, no planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas, sobretudo, de inclusão e desenvolvimento social – uma das principais bandeiras de tais governos.

A partir desse movimento, a academia, junto com órgãos de pesquisa do governo, tais como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), passaram a desenvolver estudos para entender como as capacidades estatais afetam as ações governamentais e políticas públicas, assim como que fatores produzem capacidades estatais: o contexto institucional, apoio e incentivos de outras esferas governamentais (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2017; GRIN, 2016). Com esse movimento, o sentido seguido pela academia foi na tentativa de desagregar o conceito de capacidades estatais para operacionalização e maior aplicabilidade.

Com efeito, em seu debate originário, o conceito de capacidade estatal nasce do interesse em compreender o papel do Estado no desenvolvimento, como parte da agenda da sociologia política da segunda metade do século XX (CINGOLANI, 2013). A segunda onda de trabalhos se embasa na concepção de autonomia do Estado e está fortemente enraizada na tradição weberiana, onde o poder coercivo da administração central e a formação de quadro de profissionais permanentes e insulados são centrais para a arrecadação e fortalecimento do Estado para “implementar metas e objetivos sobre a oposição de grupos sociais” (TILLY, 1975; EVANS, RUESCHEMAYER, SKOCPOL, 1985; EVANS, 1989). Nesses estudos originários sobre o tema, há em comum a preocupação dos autores com o papel do Estado na transformação de suas sociedades e economias e, com isso, certa hegemonia da abordagem weberiana, que postula a relevância de se ter uma burocracia neutra e insulada para alcançar esses fins.

Atualmente, uma nova geração de estudiosos, em especial latino-americanos, tem refletido acerca do conceito e suas aplicações, de forma que a noção de burocracias neutras e insuladas tem sido questionada. Se por um lado se interpreta como fundamental a construção de arranjos que possibilitem o fortalecimento do Estado para identificar problemas, formular soluções, executar ações e entregar resultados nas políticas públicas, e nesse processo, ter capacidade administrativa, fiscal, relacional, é indispensável, por outro, refletir sobre que tipo de Estado se deseja, para qual desenvolvimento é ainda mais importante. Pode-se sintetizar esse movimento com a seguinte questão: capacidade do Estado para o quê e para quem?

Nessa nova onda de debates, Fabián Repetto (2004) tem ressaltado a necessidade de refletir acerca do conceito e de sua operacionalização, para atender as demandas sociais dos Estados. Gomide e Pires (2014), Gomide e Boschi (2016), Celina Souza (2017) e Pinho (2017) situam a discussão sobre os desafios do Estado no contexto democrático e que se propõe à tarefa de retomar o desenvolvimento econômico e social. Gomide e Pires (2014, p.20) entendem que, para implementar políticas públicas de desenvolvimento, o Estado se sustenta em arranjos institucionais, que são condições de capacidades, ou seja, *dotam o Estado de*

capacidade de execução para seus objetivos. Esses arranjos institucionais constituíram diferentes burocracias, níveis de governo, relação com a sociedade civil e partidos, que precisam ser coordenados na tarefa de implementação de políticas públicas.

Como se pode notar, são variadas as formas de analisar as capacidades estatais; entretanto, no sentido de operacionalizar o conceito e permitir sua aplicação em pesquisas, pode-se interpretá-lo como a qualidade, habilidade ou aptidão que um Estado possui para alcançar um determinado fim, considerando suas variadas atividades e funções. Essas atividades vão desde a capacidade fiscal arrecadatória; a capacidade relacional, que diz respeito às habilidades do Estado de se articular com os diferentes grupos da sociedade, assim como a capacidade administrativa ou burocrática, que se refere à existência de um corpo administrativo profissional, dotado de recursos e de instrumentos necessários para implementar políticas públicas (SOUZA, 2017). Sinteticamente, pode-se sustentar que, investigar capacidades estatais consiste em identificar as estruturas organizacionais, cuja ausência ou presença colaborem para a ação governamental (GRIN, 2017).

No caso brasileiro, a percepção sobre a importância de produção de capacidades estatais nos três níveis federativos (municípios, estados e União) tornou-se evidente desde a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), momento em que as políticas sociais foram situadas como prioridade nacional, dentro do processo de descentralização.

Buscando superar mais de cinquenta anos de centralização, oriunda do período autoritário, a Constituição Federal de 1988 alterou a distribuição de competências entre o governo federal, estados e municípios, em amplas áreas de políticas públicas e, sobretudo, para a provisão de serviços sociais, o que implicou em expressiva transferência de funções de implementação e gestão para os municípios. Tal processo demandou que os municípios voltassem suas atenções para a necessidade de construção de capacidades estatais locais, para fazer frente às novas exigências constitucionais. Entretanto, dado o contexto político e econômico pelo qual o país passava, em que a agenda reformista em torno das ideias neoliberais postulava o enxugamento do setor público e o ajuste fiscal, muitos municípios encontraram-se descapitalizados e com baixo apoio federal para estruturar suas máquinas administrativas, tornando a produção de capacidades estatais locais um desafio (PAPI, 2017).

O caso da saúde é ilustrativo desse processo. Com efeito, a municipalização da gestão dos serviços na área da saúde foi um dos objetivos situados no âmbito das reformas do governo federal, na década de 1990. No período imediatamente posterior (anos 2000), quase todos os municípios se encontravam habilitados no Sistema único de Saúde (SUS), aceitando as normas da política de descentralização do governo federal (ARRETCHE, 2002). Consequentemente, a participação federal deveria manter seu foco no financiamento das políticas, enquanto o município tornou-se responsável pelos processos de gestão e implementação do SUS em âmbito local. Contudo, devido à trajetória de gestão da política pública de saúde ser amplamente centralizada e aos municípios pouco terem se capacitado para receber tal conjunto de demandas, os limites enfrentados não foram poucos.

Com a virada para o século XXI, um conjunto de novas discussões para reforçar o pacto federativo e a coordenação de políticas públicas na implementação ganham espaço privilegiado nos governos. Na academia, esse processo não é diferente. Preocupações como as

capacidades locais para planejar, implementar e avaliar políticas públicas passam a incorporar a agenda de pesquisa mais atual sobre capacidades estatais (GRIN, 2017; PAPI *et al.*, 2017).

Atentos a tal agenda de pesquisa, este artigo quer chamar atenção para a importância do planejamento na fase de implementação de políticas públicas, sobretudo, nos municípios, onde a maioria das políticas públicas se materializam. Tal escolha se justifica, pois parte-se do pressuposto de que o planejamento, conforme a acepção de Matus (1993), é um dos principais instrumentos políticos e organizacionais de um Estado, na medida em que se dispõe a projetar o futuro de forma sistemática, propondo objetivos e meios para operacionalização da mudança social. Trata-se, portanto, de um instrumento fundante da capacidade estatal, pois permite: 1) conhecer a realidade de forma complexa ao envolver e aproximar os atores que vivem a realidade da política pública no planejamento; 2) projetar o futuro de forma sistemática, propondo objetivos estratégicos e meios de viabilização do mesmo, diante da realidade complexa; 3) organizar a implementação de acordo com objetivos traçados pelos atores que participaram da formulação dos problemas, concebendo a complexidade que envolve o cotidiano de execução dos serviços, as mudanças de cenário e o papel dos atores implementadores. A partir desse cenário, defendemos que o planejamento capacita o Estado para consecução dos seus objetivos, por isso há inegável relevância em desenvolver tal ferramenta de gestão pública nos distintos níveis de implementação.

Entretanto, se por um lado, sabe-se que estratégias de planejamento de políticas públicas, em nível *meso*, ou seja, nas secretarias municipais, são razoavelmente desenvolvidas no Brasil após a Constituição Federal de 1988, por outro lado, no contexto da execução na “ponta”, ainda há muito para avançar.

Considerando tais pressupostos, buscamos explorar neste artigo a forma como o planejamento tem sido executado pela gestão municipal de saúde em Porto Alegre/RS, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), no intuito de entender o processo de construção do planejamento nessas unidades e como pode colaborar com a implementação da política pública na “ponta”. O campo da saúde foi escolhido, pois o mesmo é central para os objetivos de desenvolvimento social de um país. A Constituição Federal de 1988 o elencou como parte dos direitos sociais fundamentais, que deve ser garantido pelo Estado, a todos os cidadãos. Ademais, o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que assumiu o desafio de ter um sistema universal, público e gratuito de saúde, o que torna a tarefa de gerir e executar o sistema altamente complexa. Existem 145 milhões de pessoas dependendo da saúde pública brasileira, sendo que 100 milhões dependem da atenção básica, conforme relatado pelo ex-Ministro da Saúde, Arthur Chioro (BRASIL, 2015).

Dado o grau de complexidade para a gestão do SUS, há um conjunto de normativas federais que elencam a centralidade do planejamento de curto, médio e longo prazos, nos três níveis de governo, e sobretudo na implementação da política pública. Verificar como o planejamento se materializa no campo da atenção básica, em âmbito local, permite avaliar como estão se articulando diferentes instâncias de gestão pública, ou níveis de burocracia, para levar a cabo tal tarefa. Além disso, possibilita uma reflexão crítica sobre validade e conexão dos instrumentos de planejamento com a implementação da política pública.

Em termos metodológicos, tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, em que buscamos verificar, por meio de um estudo de caso em Porto Alegre/RS, no ano de 2017, como ocorre a prática de planejamento em um setor de política pública e que dilemas organizacionais os atores implementadores enfrentam para conectar tarefas de gestão às tarefas cotidianas por execução de serviços. O trabalho soma-se, portanto, ao esforço de outros que buscam desvelar a prática da implementação de políticas públicas locais, e como o reforço das capacidades de gestão, como o planejamento, pode colaborar. Em termos operacionais, foram realizadas entrevistas em profundidade, com uma amostra não probabilística de cinco profissionais das UBSs de Porto Alegre que se voluntariaram em participar da pesquisa. As UBSs se localizam em três macrorregiões da cidade: centro, zona norte e zona sul de POA. Os entrevistados ocupavam distintos cargos nas unidades, sendo três coordenadores de UBSs (três médicos) e duas enfermeiras atuantes. As entrevistas buscaram, em um primeiro momento, verificar se existe planejamento nas UBSs, o conhecimento do entrevistado sobre o tema, a importância atribuída a esse processo e como o cotidiano dos serviços é planejado e organizado.

Para dar conta dos objetivos, nas páginas que seguem, trazemos uma discussão conceitual sobre o planejamento, a articulação com o debate de capacidades estatais e suas conexões com a implementação de Políticas Públicas. Finalmente, analisamos o caso da política pública de saúde, explorando a importância dada pelos atores implementadores ao planejamento na prática da execução dos serviços.

O Planejamento Governamental e sua aproximação com o processo de implementação de política pública

Enquanto sentido, pode-se compreender o planejamento como um ato humano de projetar o futuro, organizar o cotidiano e programar a mudança diante das incertezas e mudanças permanentes da realidade. Já enquanto conceito, muito do significado do planejamento foi desenvolvido em função da atividade dos governos que, desde o início do século XX, têm apostado nessa ferramenta de gestão, como suporte para a capacidade de governar e pôr em marcha seus projetos políticos. De acordo com Carlos Matus (1993, 1996), autor chileno referência no assunto, o planejamento é a ferramenta específica que os governos dispõem para submeter à vontade o curso encadeado dos acontecimentos que determinam uma direção à mudança social. Sendo a realidade condicionada por estruturas que tendem a produzir um fluxo mais ou menos contínuo de acontecimentos, o autor sustenta que o planejamento, sobretudo o construído pelos atores sociais, é a forma de contradizer esse fluxo, ou seja, imprimir a direção desejada mesmo contra as resistências. Por isso, trata-se de um instrumento garantidor da liberdade, por permitir ao conjunto da sociedade projetar um futuro de acordo com seus interesses.

Entretanto, o sentido do planejamento desenvolvido pelo mundo ocidental, no início do século XX, não necessariamente seguiu esse propósito de projeção coletiva (social) de um futuro desejado. Ao contrário, pode-se afirmar que, tanto no centro quanto na periferia, entre os anos 1930 a 1980, estruturaram-se grandes aparatos centralizados de planejamento como sustentáculo de um modelo de Estado condutor do desenvolvimento econômico e produtor de

políticas públicas (BIELCHOWSKI, 2004). Nesse contexto, o planejamento foi dotado de grande prestígio, considerado como a ferramenta específica que dotava o Estado de capacidades de atingir seus objetivos, que naquele caso era: o crescimento econômico viabilizado pela modernização administrativa e da industrialização (HUERTAS, 1996; FRIEDMANN, 2006).

Apesar de o modelo de planejamento ter colaborado para a materialização dos objetivos dos Estados naquele contexto, trazendo prosperidade na maioria dos países capitalistas, muito de seu sentido passou a ser questionado em fins dos anos 1970, em função da crise que o modelo de Estado interventor passava e, junto a ele, seus modelos administrativos. Com efeito, a crise econômica iniciada nos anos 1973 (crise do petróleo I) atingiu centralmente a concepção e legitimidade do Estado até então vigente na primeira metade do século XX. A estrutura interventora dispendiosa e centralizada foi situada como a grande responsável pela crise e, logo após, o Estado foi exposto a um conjunto de reformas, atreladas ao modelo de mercado e às ideias liberais. Nesse sentido, o planejamento, como instrumento para o desenvolvimento, sofre um recuo de legitimidade e, paulatinamente, vai se tornando uma peça de menor importância no setor público, em comparação com outras estratégias gerenciais como a descentralização, a regulação e a terceirização.

Nesse processo de desgaste de modelo de Estado e seus aparatos de gestão, Carlos Matus – considerado como elaborador de uma nova síntese teórica sobre o planejamento estratégico de governo (DE TONI, 2009, p.25) – segue caminho oposto, indicando que o planejamento não deve ser desmontado, mas sim redesenhado e revalorizado, pois possui grande centralidade na orientação dos rumos das sociedades latino-americanas no novo contexto democrático.

Partindo da crítica ao modelo de planejamento tradicional desenvolvido na América-Latina desde os anos 1950, cuja característica foi a excessiva centralização e burocratização, o autor sustenta que tal padrão produziu planos rígidos, com baixa aderência à realidade e com dificuldades de implementação. Segundo Matus (1993) foram esses vícios do planejamento tradicional os grandes responsáveis pelo descolamento da sua aplicação na prática e, igualmente, de seu desprestígio como peça de gestão do Estado.

Para tanto, o autor elabora um novo paradigma de planejar, ao qual chamou de Planejamento Estratégico Situacional (PES), pautado na maior participação dos atores sociais e na concepção de que a realidade é complexa e mutável. Nessa perspectiva, os planos devem se transformar em peças que de fato colaborem com a capacidade de governar e implementar políticas públicas e não apenas sirvam como repertório de documentos técnicos engavetados. Para tornar aplicável essa metodologia de planejamento, o autor dividiu em quatro momentos a operacionalização do PES.

O momento explicativo diz respeito à compreensão da situação específica sobre a qual se deseja atuar. Nele, o conjunto diverso de atores envolvidos em um campo de interesse seleciona os principais problemas a serem enfrentados, a partir da discussão de suas causas e consequências (HUERTAS, 1996). O momento normativo é quando se estabelecem as metas e as linhas de ação relacionadas a cada objetivo. É nesse momento que os diferentes atores agem para orientar o plano para a mudança que se quer obter, a partir da identificação e quantificação dos recursos necessários à realização de cada ação (HUERTAS, 1996). No

momento estratégico, os atores verificam a viabilidade do plano, analisando os objetivos, recursos, tecnologia e organização que estão disponíveis e se é possível contornar os obstáculos políticos (HUERTAS, 1996).

Por fim, o momento tático-operacional refere-se à aplicação do plano, à sua operacionalização e gestão. Cabe salientar que a ação não é a mera execução do plano, mas uma adaptação, dadas as circunstâncias encontradas. Nesse sentido, o autor propõe instrumentos como a agenda do dirigente, tangendo atividades voltadas à manutenção do foco nas questões estratégicas, reconhecendo a tendência de os agentes se ocuparem demasiadamente com problemas imediatos e de curto prazo. Também chama a atenção para a importância de um sistema de coordenação do andamento das ações, bem como para o monitoramento das operações. Todos esses temas se inserem no cotidiano de implementação de políticas, colaborando com a execução de atividades e concretização do futuro desejado.

Em especial, quando se trata de ciclo de políticas públicas, entendido como um processo que flui das ideias, passando pela formulação de alternativas, pela tomada de decisões e a materialização em ações na etapa de implementação (SARAVIA, 2007; SECHI, 2014), é possível fazer associações com o processo de planejamento, sobretudo se o considerarmos como um empreendimento dirigido à transformação de uma ideia em ação, que envolve coordenação entre atores, diante de uma realidade complexa.

Em especial, quanto ao tema da implementação de políticas públicas, é tácita a ideia de colocar em prática, por meio de providências concretas, uma ideia, um plano, um projeto (FARIA, 2012). Tais providências passam tanto pela definição dos recursos materiais disponíveis, recursos institucionais e negociações políticas, quanto pela interação entre atores, o que torna a tarefa de implementar políticas públicas altamente complexa.

No caminho de compreender o que interfere na implementação, há duas concepções dominantes nesse debate: 1) a ideia top-down, que entende a implementação como resultante de um cálculo técnico-racional prévio, geralmente derivado da formulação (PRESSMAN; WILDAVSKY, 1984). Nessa lógica, o sucesso ou insucesso da política pública é considerado como resultado direto da formulação e seu planejamento, e as “falhas” no processo de execução tomadas como derivadas dos desvios do desenho original da política; 2) a abordagem bottom-up, que avançou para os estudos que consideram o papel dos indivíduos envolvidos na dinâmica de produção das políticas públicas. Aqui, situa-se o debate acerca das burocracias implementadoras e sua discricionariedade para adaptar e redesenhar as políticas públicas.

Lipsky (1980) foi precursor dessa discussão, mostrando que a discricionariedade dos chamados burocratas de nível de rua pode colaborar com a implementação de política pública, uma vez que os mesmos conhecem a realidade local em questão e possuem liberdade e experiência para adaptar a situação desejada às condições ambientais dadas. Nesse caso, a implementação é vista como um processo interativo entre formulação, implementação e reformulação, e não mais como desvio de rota da formulação (LIMA; D’ASCENZI, 2013; LOTTA, 2012).

Voltando para a conexão entre a implementação e o planejamento, a noção de burocracia portadora de discricionariedade não autoriza afirmar que o planejamento é

dispensável no cotidiano dos serviços, pelo contrário, dado que as circunstâncias são mutáveis no setor público, e que o planejamento sugerido por Matus deve ser flexível e adaptável às circunstâncias encontradas, defende-se a ideia de incluir essa burocracia no planejamento das situações cotidianas. Dessa forma, é possível elaborar estratégias de ação contextualizadas e adequadas às realidades materiais vigentes no setor público, vislumbrando novas possibilidades. Entretanto, apesar das conexões e complementariedades entre o ciclo de políticas e o tema planejamento, esse último parece ter sido preterido no campo da administração do setor público. O artigo pretende explorar e verificar essa realidade no caso de Porto Alegre, nas próximas páginas.

Planejamento na Política Pública de Saúde: Configuração, Atribuições e Principais Normativas

A saúde como política pública no caso brasileiro teve seu início no período do governo de Getúlio Vargas, com a criação do Ministério da Educação e Saúde. Entretanto, foi com a Constituição Federal de 1988 que a saúde como política pública teve vida no Brasil. A carta constitucional determinou que a saúde passava a ser dever do Estado, garantindo saúde de qualidade a toda população. Antes disso, tratava-se de um modelo seletivo, voltado somente os trabalhadores formais, ou seja, quem possuía carteira de trabalho (SERRES, 2015). Tendo origem pelo movimento sanitário (PAIVA; TEIXEIRA, 2014), criou-se, na esteira da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde, bem como as ações e órgãos de gestão, considerados de relevância pública. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do SUS.

De maneira geral, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede hierarquizada e regionalizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes: descentralização – com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral – com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade, obrigatoriedade e continuidade.

No que tange às competências ligadas ao planejamento,

[...] cabe à União formular, apoiar a implementação e avaliar as políticas prioritárias em âmbito nacional, elaborar o planejamento estratégico do SUS, coordenar sistemas de alta complexidade, coordenar sistemas de laboratório de saúde pública, de vigilância epidemiológica e sanitária, formular a política de produção de insumos e equipamentos, promover a descentralização de ações e serviços de saúde e estabelecer e coordenar os sistemas nacionais de auditoria e ouvidoria (BRASIL, 2016, p. 40).

[...] aos estados, cabe a promoção da articulação sistêmica, planejamento e coordenação regional das políticas, ações e serviços de saúde, monitoramento e avaliação das redes regionalizadas e hierarquizadas no SUS, elaboração e sistematização dos planos de médio e longo prazo no âmbito estadual, fornecer apoio técnico e financeiro aos municípios nas ações de descentralização e coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros (BRASIL, 2016, p. 40).

[...] aos municípios cabe planejar, organizar e avaliar a promoção local de serviços de saúde, gerenciar as unidades públicas de saúde, executar

serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador, implementar a política de insumos e equipamentos em saúde, fiscalizar e controlar os procedimentos de serviços privados de saúde (BRASIL, 2016, p. 40).

Nos parágrafos acima, é possível visualizar as atribuições de cada ente. Ademais, também devem ser consideradas as atribuições comuns às três esferas, conforme segue:

[...] cabe às três esferas, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, elaborar normas para regular a contratação de serviços privados, gerenciar recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas e planos de saúde, entre outros (BRASIL, 2016, p. 41).

Desse modo, sinteticamente, pode-se dizer que ficam a cargo da União as atribuições de natureza estratégica, como a formulação, o apoio e avaliação. Consequentemente, os estados contam com tarefas relacionadas à articulação, coordenando as políticas, programas, ações e serviços. A prestação direta fica a cargo dos municípios, tendo em vista que eles se encontram mais próximos a cada realidade local (BRASIL, 2016, p. 41).

Considerando esses pressupostos, no que se refere à questão do planejamento do SUS, diversos relatórios foram produzidos para governos municipais, estaduais, e também para o Ministério da Saúde, desde o fim da década de 80 e ao longo da implantação (BRASIL, 2016, p. 59).

Além dos relatórios produzidos, existem normativas específicas que regem o planejamento do SUS, dentre as quais se destaca a Lei nº 8.080, de 1990, que trata da natureza ascendente do SUS, em seu artigo 36. Ademais, cabe destacar a Lei nº 8.142, de 1990, que trata das conferências de saúde (BRASIL, 2016).

Posteriormente, também cabe citar a Portaria nº 2.135, de 2013, que estabelece as diretrizes do planejamento do SUS, observando os prazos do PPA, bem como a integração e coordenação do processo (BRASIL, 2016, p. 73-74).

As normativas que deram origem aos princípios que norteiam o planejamento do SUS são basicamente orientadas pelas seguintes prerrogativas:

O planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua, o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral, o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite, o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS, o planejamento deve ser ascendente e integrado, o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde e o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2016, p. 85).

Apesar de o planejamento ter sido situado como estratégico para a execução dos princípios do SUS, a partir de normativas federais, a colocação em prática do planejamento

trata-se de um processo em construção que difere em cada realidade. Dada a diversidade de municípios no Brasil, que apresentam desiguais capacidades fiscais e burocráticas (PAPI, 2014), a realidade do planejamento e de instrumentos de gestão de políticas públicas se conforma como um verdadeiro desafio.

Nessa lógica, estudos mostram que o planejamento em saúde, em nível local, ainda não é uma prática, e que há limites e desafios de institucionalização dos processos de planejamento em organizações de saúde, realizando-se em momentos pontuais, e que muitos ainda estão em períodos emergentes (BASSO, 1995; REZENDE, 2006; VILASBÔAS; PAIM, 2007; JESUS; TEIXEIRA, 2012).

Através da literatura sobre o tema, foi observado que é necessário repensar o planejamento e como o mesmo é realizado, uma vez que se mantém centralizado em esferas de burocracias de mais alto e médio escalão e com caráter normativo. Nessa perspectiva, deve-se pensar um plano que possua um caráter mais flexível (PUDELL; KLEIN, s/d) e, sendo assim, o PES pode colaborar com o processo de desenho e implementação do plano (GONZÁLEZ, 2007; SCALERCIO; CZEPULA, 2007).

De outra banda, estudos também abordam a necessidade da competência técnica individual para a aplicação do planejamento em UBSs, somada à união da equipe e à visão sistêmica do processo e dos sujeitos envolvidos (POLIDORO; SOUZA, 2014).

Como se percebe, os estudos corroboram que o planejamento nos distintos setores de políticas públicas é relevante como estratégia de gestão, capaz de trazer ganhos de implementação na “ponta”. Entretanto, poucos relacionam com o debate sobre capacidades estatais. Buscando fazer essas conexões, nas próximas páginas trazemos a análise empírica da construção do planejamento nas UBSs em POA.

O Planejamento da Saúde em Porto Alegre: Um estudo nas Unidades Básicas de Saúde

Após pesquisas bibliográficas, no âmbito do Manual de Planejamento do SUS, e entrevistas com profissionais da saúde, trazemos os primeiros resultados sobre como o planejamento ocorre nas UBSs de Porto Alegre. Especificamente, buscamos verificar como a prática de planejamento em um setor de política pública ocorre. Isso nos permitiu levantar hipóteses para explorar em futuros trabalhos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas que buscaram verificar se existe planejamento nas UBSs, o conhecimento do entrevistado sobre o tema, a importância atribuída a esse processo e como o planejamento é organizado na implementação das ações de atenção básica. O município de Porto Alegre foi escolhido para o estudo de caso, dado seu histórico antigo de implementação da política pública de saúde e de seu sistema de planejamento, que data de 1984. Partimos do pressuposto de que, dada essa trajetória prévia à Constituição Federal de 1988, a incorporação de práticas de planejamento na “ponta” seria relativamente desenvolvida.

Com efeito, o marco inicial do planejamento em saúde no município de Porto Alegre se deu com a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde de Porto Alegre – CIMS/Porto

Alegre. Criada em agosto de 1984, constituiu-se como a instância local de planejamento, gestão e acompanhamento das Ações Integradas em Saúde, tendo como objetivo a busca da melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Após intenso processo de discussão, que a administração de Porto Alegre estabeleceu com a população, ocorreu o aprimoramento da CIMS, através de suas entidades representativas, como o sindicato de trabalhadores e associações de moradores. Sendo assim, a CIMS foi levada à constituição do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre – CMS/POA, criado pela Lei Municipal Complementar nº 277, em 20 de maio de 1992. O CMS atua na formação e controle de estratégias de políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em caráter permanente e deliberativo.

No que se refere explicitamente ao planejamento das ações de saúde, a Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico e Orçamento (SMPEO) foi criada em dezembro de 2012, a partir da unificação do Gabinete de Planejamento Estratégico (GPE) e do Gabinete de Programação Orçamentária (GPO). Essa unificação ocorreu devido a uma revisão dos impactos nas funções de cada secretaria e do nível de sombreamento e de lacunas, de modo a garantir melhores resultados para a sociedade.

O GPO havia sido anteriormente criado em 29 de dezembro de 2004, e estruturado em 27 de janeiro de 2005, sendo responsável pelas ações atinentes ao processo orçamentário da Prefeitura, como planejamento, programação, elaboração, acompanhamento e avaliação do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e das normas de execução orçamentária. Já o GPE iniciou como uma Coordenação integrante da Secretaria de Gestão e Acompanhamento Estratégico que, a partir de 2005, assumiu as novas diretrizes da administração municipal para um projeto de que reunisse esforços para qualificar a prestação de serviços públicos, modernizar a máquina administrativa, melhorar a situação financeira da Prefeitura e otimizar recursos. Em 2010, passou a ser Gabinete de Planejamento Estratégico, vinculado ao Gabinete do Prefeito (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, s/d).

Essas etapas, nos últimos anos, tiveram o objetivo de adotar uma metodologia gerencial moderna, apoiada na identificação de desempenhos, objetivos e metas e, principalmente, com a possibilidade de ter a execução física e financeira dos programas de governo acompanhada em tempo real. A implementação da estrutura organizacional foi pensada de modo a promover a Transparência, Transversalidade, Territorialidade, Liderança (três Ts e um L) e, com base na relação com a sociedade, a Governança Solidária Local.

Em que pesem as estruturas de planejamento institucionais terem um caminho relativamente antigo no caso da saúde de POA, sua instrumentação à gestão cotidiana das políticas públicas parece não gozar do mesmo status. Quando investigada a execução do planejamento nas UBS de POA, constatamos que há um conhecimento superficial do que é planejamento, conforme se apresentam os relatos abaixo:

“Planejamento é a organização do trabalho, e também saber das necessidades que temos no trabalho, e dentro disso, fazer uma organização diária e também, aqui no posto, em médio prazo.”
(Entrevista 1)

“Planejamento é planejar ações pra chegar no objetivo.” (Entrevista 3)

Em relação à importância atribuída à prática de planejamento, todas as unidades pesquisadas atribuem grande importância à prática de planejamento, pois alegam que, quando não há planejamento, não é possível saber o que se está executando e o que seria realmente necessário para ser executado. Atribuem tal importância ao fato de que há o conhecimento da não possibilidade de materializar o atendimento integral, sendo o planejamento uma ferramenta capaz de direcionar para o atendimento do que é mais importante. Desse modo, afirmam que, se não houvesse planejamento, seria muito pior.

“Não é muito sistematizado, no papel, por que já tem o plano municipal de saúde. O que fazem é pequenos planejamentos de como esta unidade vai alcançar estes objetivos. Planeja de acordo com o território e população.” (Entrevista 3)

“Considero o planejamento mais verbal, mais pontual, por que as coisas são muito dinâmicas. Então precisa se adaptar a isso, o que é ontem hoje não é mais.” (Entrevista 3)

Ainda, há o conhecimento de que a prática de planejamento colabora no trabalho da equipe, no sentido de que eles se sentem mais motivados para realizar as tarefas quando percebem que as coisas estão funcionando. Todavia, sua aplicação quase não se realiza na prática, seja pelas interrupções designadas pelos níveis superiores de gestão, seja pelas intercorrências do dia a dia da implementação, conforme relatos de coordenadoras:

“É muito importante, mas falta planejamento, estamos sempre correndo atrás da máquina e, às vezes, algumas coisas planejadas vão por água abaixo por que as gestões vêm de cima dizendo que não podemos mais fazer.” (Entrevista 3)

“Se não planeja nunca sabe se o que está executando é o que precisaria estar executando. Por que às vezes faz, e depois se pergunta se o que foi feito realmente era o que precisava. Pode executar algumas coisas sem planejamento, fazendo o caminho inverso. Depois implementa por que deu certo. Mas acho que se planejasse ficaria melhor.” (Entrevista 3)

*“Estive em uma palestra sobre sofrimento mental do trabalhador e assédio moral e verifiquei que a estrutura física precária traz danos físicos, mas a **falta de processos de trabalho** traz a desorganização mental, que é muito mais silenciosa e difícil de lidar e está voltada à desorganização da unidade.” (Entrevista 4)*

Grande parte das práticas aproximadas a um processo de planejamento ocorre em função de metas que já vêm estabelecidas pela prefeitura e por níveis superiores de gestão, não havendo uma análise situacional em profundidade para estabelecimento de práticas de planejamento nas próprias unidades, com os trabalhadores. Assim, o planejamento que vem sendo aplicado diretamente nas unidades não é construído pela equipe e usuários, tampouco sistematizado pela mesma. O que ocorre são pequenas estratégias de ação vinculadas aos objetivos que são repassados pela secretaria de saúde para a região, que seriam diretrizes de planejamento de trabalho. Por isso, as unidades realizam algumas microestratégias elaboradas

pelos funcionários da própria unidade, de acordo com o que estes acreditam ser necessário, com o território e a população. Há aqui uma clara tentativa de adaptação das deliberações “externas” à realidade da política pública e das rotinas de trabalho, corroborando com a literatura acerca do papel fundamental dos burocratas de nível de rua para a materialização das ações. Por outro lado, evidencia-se a baixa participação desses atores nos processos de planejamento do trabalho. As reuniões periódicas, que ocorrem exclusivamente com as gerências das unidades, confirmam essa ideia.

As reuniões de planejamento das ações em saúde ocorrem quinzenalmente, abrangendo os coordenadores de todas as unidades. Já no caso dos profissionais que atendem na “ponta”, as reuniões de equipe ocorrem uma vez por semana, com duração de duas horas, sendo a discussão circunscrita a assuntos internos de “casos”, uma vez que mais de um profissional da saúde atende a mesma família, sendo necessário discutir alguns casos. Nessas reuniões semanais também são levantados objetivos e metas a serem cumpridos, referentes a determinado período, como por exemplo, no mês de outubro, foram realizadas ações sobre o tema “Outubro Rosa”. Entretanto, nem sempre esse planejamento conecta-se com os macro-objetivos delimitados pela secretaria, tampouco pela coordenação. Tendo essas questões em vista, nessas reuniões são organizadas as responsabilidades dos profissionais referentes às tarefas correspondentes a um determinado objetivo. As equipes costumam retomar, nas reuniões posteriores, assuntos e ações que ficaram pendentes na reunião anterior, no intuito de verificar se determinada ação está ocorrendo conforme planejado, como se observa nos relatos abaixo:

“Já tentei fazer reunião de 4 horas, depois reduzi para 2 horas, pois não conseguiram manter.” (Entrevista 2)

“É avaliado, por exemplo, daqui um mês se isso foi executado ou não. Não há tanta avaliação mais em papel, sistematizado, etapas definidas em papel e tal, é definido mais em reunião e retomado depois.” (Entrevista 3)

Sobre os atores envolvidos na elaboração e execução do planejamento, as entrevistas demonstram que quem geralmente pensa e elabora as estratégias de ação são os coordenadores das unidades e os enfermeiros. Eles levam para as equipes as ações planejadas, podendo a equipe, posteriormente, trazer contribuições para a melhoria das estratégias. Não há participação dos usuários nesse processo, conforme os relatos abaixo:

“Todos podem formular e executar o planejamento. Ele ocorre pela vontade própria de cada profissional da unidade.” (Entrevista 3)

“O planejamento é feito pela vontade própria de cada usuário [...] Sempre tentei trabalhar com PES desde que assumi a coordenação, até por que a atual gestão é super vertical. Sempre trabalhar com a questão de fazer fluxograma analisador, entender as lacunas, fazer o diagnóstico pra depois fazer o planejamento, identificando os nós, mas isso quando era horizontal, a curto, médio e longo prazo. Sei sobre planejamento, mas não consigo aplicar, pois a equipe não está preparada. Isso vem sendo trabalhado nas outras gestões, hoje o planejamento e as decisões em equipe são mais priorizadas do que antes, mas no momento atual perdeu o foco.” (Entrevista 2)

No que se refere ao fluxo de planejamento com o PPA, a secretaria de saúde apresenta as ações propostas, levando essas questões para os conselhos distritais de saúde, onde as metas são repassadas para os coordenadores das unidades, que, conseqüentemente, podem repassá-las para as unidades, onde os profissionais podem contribuir. Assim, é realizada nova reunião distrital, onde é possível fazer alterações no plano.

“Tem toda a questão política, um novo governo tem suas próprias metas. Mas o secretário adjunto esteve no conselho distrital de saúde apresentando o que se tem até agora do plano, nesses quatro anos. Agora terá uma nova reunião, novo momento de apresentação, onde ainda se pode fazer alterações. Temos acesso ao PPA, sabemos o que consta e ele está em discussão.” (Entrevista 3)

Nesse caso, o fluxo de elaboração do planejamento em saúde não ocorre das equipes da “ponta” e usuários para as coordenações, a secretaria e assim para o PPA. Embora se evidencie a participação de distintos atores, o fluxo inverso do processo trata as coordenações e equipes apenas como apreciadoras de decisões tomadas previamente, em níveis superiores, tornando o planejamento relativamente descolado das bases. O processo de implementação, nesse caso, segue um rumo próprio, relacionado com a peculiaridade de cada unidade e discricionariedade de suas equipes.

Com relação às técnicas de planejamento desenvolvidas pelas unidades para colaborar com a implementação das ações, apenas em uma unidade foi identificado que há o conhecimento de alguma técnica, nesse caso o PES, onde o plano é, na medida do possível, estudado, e as ações são pensadas; é feito um diagnóstico da situação, para depois se fazer o planejamento e identificar os nós críticos. Todavia, não é possível aplicar a ferramenta do planejamento, pois, segundo os entrevistados, a equipe não está preparada e dispõe de pouco tempo no cotidiano para tarefas de gestão. Nesse caso, em todas as unidades investigadas, os profissionais alegaram que não há nenhum tipo de recurso destinado exclusivamente para o planejamento.

“A atenção básica é muito ampla, mas se for identificar os nós prioritários no momento, já tem coisas que melhoraram, mas não consigo fazer bonitinho por que não tenho tempo, tenho que ir atropelando. Quando se faz minimamente um planejamento, olha como está, faz um desenho no papel, olha o que está acontecendo, para entender as lacunas, percebe-se que o resultado é mais satisfatório. E também dá um gás na equipe, quando coloca a equipe como responsável por aquilo que está planejando, o empenho é maior e dá um gás, de que agora vai melhorar.” (Entrevista 2)

Ademais não são destacados profissionais para coordenar e monitorar essas tarefas. Quando questionados sobre os recursos humanos destinados ao planejamento, todas os entrevistados afirmam que não há nenhum profissional destinado exclusivamente a essa tarefa. Conforme relato de um dos entrevistados das Unidades:

“Não há recurso financeiro nem humano para isso. Somente vontade, é o que a pessoa consegue.” (Entrevista 3)

Levando em conta o que foi mencionado sobre a realização do planejamento no cotidiano do trabalho em saúde em Porto Alegre, percebe-se que as capacidades para a sua realização estão circunscritas a níveis de burocracia mais elevados como de médio escalão (LOTTA, 2012), compostos desde coordenadores de unidades, a trabalhadores da secretaria da saúde e a atores do Conselho. Em que pese a evidência da realização de conferências ser uma instância de planejamento e suas deliberações comporem o plano municipal de saúde, o que é um avanço, percebe-se que há falta de conexão, ou conexões distanciadas, entre atores que formulam e implementam. Em geral, nota-se a baixa participação de atores implementadores no processo de planejamento, já que estão envolvidos na prática da execução. Entretanto, como a literatura nos sugere, quanto mais próximas estiverem essas instâncias, mais aderência terá o plano com as ações realizadas e mais capacidade de atingir os objetivos da política pública terão os trabalhadores.

Outro ponto de destaque nas entrevistas foi a falta de estruturas internas às UBSs que possibilitem viabilizar o planejamento colaborativo com a realidade da implementação. Como foi possível perceber nas entrevistas, muitas vezes faltam instrumentos para monitorar os feitos da política pública e avançar sobre os limites impostos no cotidiano. Os burocratas de nível de rua, que conhecem a população e o território nesse caso, articulam a execução com o desenho e redesenho das ações.

Como nos mostra a literatura, o caso de Porto Alegre confirma o padrão levantado sobre a informalidade e precariedade do planejamento na execução dos serviços cotidianos em saúde, de forma que este se mantém centralizado em esferas de burocracias de mais alto e médio escalão, em detrimento de um processo mais contínuo e participativo. Nota-se que não há priorização desse processo no cotidiano dos serviços, dada a urgência de casos a serem atendidos e que envolvem situações graves da vida humana. Ademais, a falta de estruturas para execução dos serviços impacta a condição de desenvolvimento de estruturas para a gestão da política pública. Apesar de os trabalhadores reconhecerem que o planejamento colabora com a execução dos serviços e a qualidade das entregas, pouco conseguem avançar em sistematização e priorização dessa pauta. Dessa forma, se o planejamento pode ser considerado uma capacidade estatal fundamental para que o Estado alcance os seus objetivos, cabe problematizar que estruturas estão sendo montadas em nível local para garantir uma saúde universal e de qualidade.

Considerações Finais

A literatura de capacidades estatais define esse conceito como a qualidade, habilidade ou aptidão que um Estado possui para alcançar um determinado fim. Para tanto, impõe-se, dentro dessa perspectiva analítica, entender como são compostos os corpos administrativos, seus recursos e instrumentos necessários para implementar políticas públicas.

Nesta pesquisa consideramos o planejamento como produtor de capacidade estatal, uma vez que, através dele, mas não unicamente, o Estado se reforça na sua habilidade de

determinar os rumos e meios para alcançar seus objetivos ao envolver um conjunto amplo de atores, sobretudo os envolvidos na implementação dos serviços da “ponta”.

Para validar essas premissas, observamos como ocorre a prática de planejamento voltado à execução da saúde local, em específico nas UBSs, no intuito de entender a conformação dos atores envolvidos, níveis de burocracia, técnicas empregadas e envolvimento/priorização das equipes no desenvolvimento dessa prática.

A pesquisa nos permitiu um conjunto de achados que corroboram os da literatura, mas nos permitem ir além.

Ficou claro que o fato de o planejamento de políticas setoriais, no caso brasileiro, ser uma tarefa recente, delimitado a partir da Constituição Federal de 1988, implica o desafio de desenvolvimento de uma “cultura” ou valorização dessa prática às gestões locais, uma vez que, previamente a esse período, pouco ou nada se desenvolvia nesse sentido. Isso significa que os legados institucionais do Estado, sua excessiva centralização, não colaboraram com o desenvolvimento de capacidades de gestão locais direcionadas à implementação de políticas voltadas à garantia de direitos.

Em específico, encontramos uma valorização advinda dos trabalhadores e gestores das UBSs, da ideia de planejar e como isso pode colaborar com a implementação qualificada dos serviços. Mas por outro lado, confirmando os achados da literatura, fica claro que as estruturas internas desenvolvidas para esse fim não colaboram com a prática de planejamento, assim como o cotidiano dos serviços drena o tempo para o atendimento das necessidades imediatas da população. Esse fator é compreensível diante da realidade do SUS, que atua em geral com carência de trabalhadores para atender o básico dos serviços. No caso analisado, partimos da seguinte suposição: dada a trajetória de construção de planejamento em saúde em Porto Alegre, esperava-se encontrar essa capacidade administrativa mais bem estruturada e colaborando com o processo de implementação das ações na “ponta”. Mas os resultados nos levaram a levantar hipóteses de que o planejamento no Brasil – dos mais gerais como o PPA, até os setoriais, em distintas políticas públicas – possui uma trajetória que se repete. São, via de regra, bem elaborados, mas ainda ficam circunscritos a uma pequena parcela de atores de níveis superiores de burocracia que desenham e formulam; permanecem, assim, como peças burocráticas, exigidas pelas distintas legislações, mas que possuem grandes dificuldades de se materializarem na prática.

Em geral, a prática de implementação possui uma lógica própria muito dependente dos atores que nela atuam e que nem sempre possuem condições de observar o que estão produzindo, monitorar seus resultados e avaliar a condução da política pública. Em síntese, percebe-se que o planejamento precisa avançar na operacionalização de políticas públicas, articulando diversos atores e níveis de burocracia, uma vez que se trata de um importante instrumento que dota o Estado de capacidade para implementar seus objetivos.

Referências

- ALMEIDA, P. R. **Planejamento no Brasil: memória histórica**. *In: Parcerias estratégicas - número 18*. Agosto de 2004.
- ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.
- BASSO, L. **Planejamento municipal um estudo do processo de elaboração do Plano Plurianual de um grupo de prefeituras gaúchas**. Dissertação de mestrado, Florianópolis, 1995.
- BIELCHOWSKI, R. **Pensamento econômico brasileiro de 1930 a 1964**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004. BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.
- BRASIL, 2015. Ministro destaca SUS como modelo em evento internacional. **Disponível em** <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/04/ministro-destaca-sus-como-modelo-em-evento-internacional>. Acesso em 14 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz**. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).
- CARDOSO, J. C. **A reinvenção do planejamento governamental do Brasil**. Brasília, 2011.
- CINGOLANI. **The state of state capacity: a review of concepts, evidence and measures**. Maastricht: UNU-MERIT, Working Paper, n. 53, 2013.
- COUTO, L. Sistema de planejamento federal: novas respostas para velhos e novos desafios. **RBPO**, Brasília. Volume 1, nº 1, 2011.
- DE TONI, J. O que é o Planejamento Estratégico Situacional? **Revista Espaço Acadêmico** – Nº 32 – Janeiro/2004.
- EVANS, P., RUESCHEMAYER, D. & SKOCPOL, T. **Bringing the State Back** New York: Cambridge University, 1985.
- FARAH, M. F. S. Formação em política pública no Brasil. Das iniciativas pioneiras dos anos 60 à institucionalização do ‘campo de públicas. **Estud. Polit. Medellín**, n.49. pp.192-215, agosto, 2016.
- FARIA, C. A (org). **Implementação de Políticas Públicas**. Teoria e Prática. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.
- FRIEDMANN, J. “Dois Séculos de teoria do planejamento”. *In: GIACOMONI, J.;* PAGNUSSAT, J.L. (Orgs.). **Planejamento e Orçamento Governamental**. V.1. Brasília: ENAP, 2007

- GOMIDE; B. (org). **Capacidades Estatais em Países Emergentes: o Brasil em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
- GOMIDE; A. A.; PEREIRA; A. K.; MACHADO, R. O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica. **Sociedade e Cultura**, v. 20, p. 3–12, 2017.
- GOMIDE; P. (ogr). **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Wwww.lpea.Gov.Br, p. 385, 2014.
- GRIN, J. E. ABRUCIO, L. F. **O que dizer das capacidades estatais dos municípios brasileiros em um contexto de descentralização de políticas? Anais XIII Congreso Nacional de Ciencia Política “La política en entredicho, Buenos Aires, 2017**
- HUERTAS, F. **Entrevista com Matus**. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- JESUS, W,L, A. **Planejamento em Saúde no SUS: o caso da secretaria de saúde do estado da Bahia (2007-2009)**. Tese de doutorado em Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, 2012
- LAFER, B. M. **Planejamento no Brasil**. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- LIMA, L,L. DASCENZI, L. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: PERSPECTIVAS ANALÍTICAS. **REVISTA DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA** V. 21, Nº 48: 101-110 DEZ. 2013
- LOTTA, G. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. *In*: FARIA, C. A (org). **Implementação de Políticas Públicas**. Teoria e Prática. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.
- MATUS, C. **Política, Planejamento & Governo – Tomos I e II**. Brasília, DF: IPEA, 1993.
- MATUS, C. **Adeus, senhor Presidente. Governantes governados**. São Paulo: Ed Fundap, 1996a.
- MARTÍN, M, L, G. Planejamento Estratégico em Saúde com Base em Determinantes: o caso do Município de Campo Bom, RS, Brasil. Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência da Saúde Coletiva**. Agosto de 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual de Planejamento do SUS**. 1ª ed. Brasília: série articulação federativa, volume 4. Págs 40-139.
- PAPI, L. P. ROSA, T. B; HAMERSKI, B. **O planejamento como ferramenta estratégica para a implementação de políticas públicas: os casos da saúde e assistência social em Porto Alegre**. Anais II ENEPCP ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DO CAMPO DE PÚBLICAS, Brasília, 2017.
- PAPI, L. P. **A DINÂMICA FEDERATIVA DE BRASIL E ARGENTINA: Estudo comparado sobre as mudanças nos desenhos de formulação e implementação de políticas de combate à pobreza e de assistência social**. Tese de doutorado em Ciência Política. UFRGS, POA, 2017

- PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, s/d. **Planejamento e Gestão**. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smpeo/default.php?p_secao=123. Acesso em 22 jun. 2018.
- PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. “Preface to the first edition”. In: PRESSMAN, J.L.; WILDAVSKY, A. (Orgs.). **Implementation**. 3 ed. Berkeley: University of California, 1984
- PINHO, S. E. C. Planejamento governamental no novo-desenvolvimentismo democrático: auge e deterioração das capacidades estatais (2003-2016). **Revista Política e Planejamento Regional**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, julho/ dezembro 2017, p. 331 a 368. ISSN 2358-4556
- REPETTO, F. **Capacidad estatal**: requisito necesario para una mejor política social en América Latina. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, 28-31 Oct. 2003
- REZENDE, J. B. **Administração pública em municípios de pequeno porte do sul de Minas Gerais**: velhas questões, modernas leis e práticas patrimonialistas. 2011. Tese, (Doutorado em Administração) - Universidade Federal de Lavras, Lavras.
- SECHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo, Cengage Learning. 2014.
- SERRES, J. C. P. **Preservação do patrimônio cultural da saúde no Brasil**: uma questão emergente. História Ciências Saúde-Manguinhos, 2015.
- SOUZA, C. Modernização do Estado e construção de capacidade burocrática para a implementação de políticas federalizadas. **REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** | Rio de Janeiro 51(1):27-45, jan. - fev. 2017.
- TILLY, C. **The Formation of National States in Europe**. Princeton University, 1975.
- VILAS BOAS, A,L,Q. PAIM, J, S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal: Municipal health policy planning and implementation. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6):1239-1250, jun, 2008.
- REZENDE, D, A. Planejamento estratégico municipal como proposta de desenvolvimento local e regional de um município paranaense. **Rev. FAE**, Curitiba, v.9, n.2, p.87-104, jul./dez. 2006.