



Atributos estruturais associados à incorporação programática das doenças determinadas socialmente ao planejamento municipal em saúde no Brasil: uma análise documental de abrangência nacional

Structural attributes associated with the programmatic incorporation of socially determined diseases into municipal health planning in Brazil: a nationwide documentary analysis

Atributos estructurales asociados con la incorporación programática de las enfermedades determinadas socialmente en la planificación municipal de la salud en Brasil: un análisis documental de alcance nacional

Davi Rios do Nascimento¹ – <https://orcid.org/0000-0001-6476-7655>

Carla Pacheco Teixeira² – <https://orcid.org/0000-0002-5683-8430>

Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo² – <https://orcid.org/0000-0003-2865-7824>

Thais Silva Matos³ – <https://orcid.org/0000-0001-7669-2320>

Rodrigo Feliciano do Carmo¹ – <https://orcid.org/0000-0001-9601-6995>

Carlos Dornels Freire de Souza¹ – <https://orcid.org/0000-0001-7995-1893>

¹ Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Universidade do Pernambuco. Petrolina, Pernambuco, Brazil.

Autor correspondente: Davi Rios do Nascimento. Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil. Telefone: +55 (74) 99923-7596. E-mail: davi.rios@discente.univasf.edu.br

Recebido em: 17/07/2026 ----Aprovado em: 14/09/2026 ----Publicado em: 21/09/2026

RESUMO

Introdução: As doenças determinadas socialmente demandam respostas integradas entre vigilância em saúde, atenção primária, assistência especializada e ações intersetoriais. Embora os Planos Municipais de Saúde (PMS) constituam o principal instrumento de planejamento do Sistema Único de Saúde, permanecem escassas as evidências sobre os atributos estruturais associados à incorporação programática dessas doenças. **Objetivo:** Analisar a associação entre características contextuais dos municípios, atributos estruturais do planejamento em saúde e a completude da incorporação programática das doenças posteriormente priorizadas pelo Programa Brasil Saudável nos PMS referentes ao ciclo 2022–2025. **Métodos:** Estudo documental analítico de abrangência nacional com 173 municípios que apresentavam PMS disponível para consulta pública, entre os 175 posteriormente priorizados pelo Programa Brasil Saudável. O desfecho foi o escore de completude da incorporação programática das doenças determinadas socialmente. As associações foram estimadas por regressão logística fracionária, segundo modelo conceitual hierarquizado, incluindo características contextuais municipais e oito indicadores estruturais do planejamento. **Resultados:** A completude média foi de 37,7%. Sífilis congênita, malária, tuberculose, HIV/Aids e hanseníase apresentaram os maiores níveis de incorporação programática. No modelo final, observou-se evidência de associação da maior completude com grande porte populacional ($\beta=0,625$; $p=0,046$), gestão da implementação ($\beta=0,481$; $p=0,037$) e planejamento orçamentário ($\beta=0,633$; $p=0,036$). **Conclusão:** A incorporação programática das doenças determinadas socialmente foi limitada e heterogênea. Componentes relacionados à operacionalização do planejamento, especialmente gestão da implementação e planejamento orçamentário, apresentaram associação com maior completude, ressaltando a

Palavras-Chave

Planejamento em Saúde;
Gestão em Saúde;
Política de Saúde;
Sistema Único de Saúde;
Doenças Negligenciadas.

importância das capacidades institucionais para o planejamento municipal em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Socially determined diseases require integrated responses involving public health surveillance, primary health care, specialized care, and intersectoral actions. Although Municipal Health Plans are the main planning instrument of the Brazilian Unified Health System, evidence on the structural planning attributes associated with the programmatic incorporation of these diseases remains limited. **Objective:** To analyze the association between municipal contextual characteristics, structural planning attributes, and the completeness of the programmatic incorporation of diseases later prioritized by the Brazil Healthy Program into the 2022–2025 Municipal Health Plans. **Methods:** Nationwide analytical documentary study including 173 municipalities with publicly available Municipal Health Plans among the 175 municipalities later prioritized by the Brazil Healthy Program. The outcome was the completeness score of the programmatic incorporation of socially determined diseases. Associations were estimated using fractional logistic regression according to a hierarchical conceptual model including municipal contextual characteristics and eight structural planning indicators. **Results:** Mean completeness was 37.7%. Congenital syphilis, malaria, tuberculosis, HIV/AIDS, and leprosy showed the highest levels of programmatic incorporation. In the final model, there was evidence of an association of greater completeness with large population size ($\beta=0.625$; $p=0.046$), implementation management ($\beta=0.481$; $p=0.037$), and budget planning ($\beta=0.633$; $p=0.036$). **Conclusion:** The programmatic incorporation of socially determined diseases was limited and heterogeneous. Planning components directly related to implementation, particularly implementation management and budget planning, were associated with greater completeness, highlighting the importance of institutional capacities for municipal health planning.

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades determinadas socialmente requieren respuestas integradas entre la vigilancia en salud, la atención primaria, la atención especializada y las acciones intersectoriales. Aunque los Planes Municipales de Salud constituyen el principal instrumento de planificación del Sistema Único de Salud de Brasil, aún existen pocas evidencias sobre los atributos estructurales asociados con la incorporación programática de estas enfermedades. **Objetivo:** Analizar la asociación entre las características contextuales de los municipios, los atributos estructurales de la planificación en salud y la completitud de la incorporación programática de las enfermedades posteriormente priorizadas por el Programa Brasil Saludable en los Planes Municipales de Salud correspondientes al período 2022–2025. **Métodos:** Estudio documental analítico de alcance nacional que incluyó 173 municipios con Plan Municipal de Salud disponible para consulta pública, entre los 175 posteriormente priorizados por el Programa Brasil Saludable. El desenlace fue el puntaje de completitud de la incorporación programática de las enfermedades determinadas socialmente. Las asociaciones se estimaron mediante regresión logística fraccionaria según un modelo conceptual jerarquizado que incluyó características contextuales municipales y ocho indicadores estructurales de planificación. **Resultados:** La completitud media fue del 37,7%. La sífilis congénita, la malaria, la tuberculosis, el VIH/SIDA y la lepra presentaron los mayores niveles de incorporación programática. En el modelo final, se observó evidencia de asociación de una mayor completitud con el gran tamaño poblacional ($\beta=0,625$; $p=0,046$), la gestión de la implementación ($\beta=0,481$; $p=0,037$) y la planificación presupuestaria ($\beta=0,633$; $p=0,036$). **Conclusión:** La incorporación programática de las enfermedades determinadas socialmente fue limitada y heterogénea. Los componentes de la planificación relacionados con la implementación, especialmente la gestión de la implementación y la planificación presupuestaria, se asociaron con una mayor completitud, destacando la importancia de las capacidades institucionales para la planificación municipal en salud.

Keywords

*Health Planning;
Health Management;
Health Policy;
Unified Health System;
Neglected Diseases.*

Palabras Clave

*Planificación en
Salud;
Gestión en Salud;
Política de Salud;
Sistema Único de
Salud;
Enfermedades
Desatendidas.*

INTRODUÇÃO

Os Planos Municipais de Saúde (PMS) constituem o principal instrumento de planejamento de médio prazo do Sistema Único de Saúde (SUS), orientando a definição de prioridades, objetivos, metas e recursos para a gestão municipal. Elaborados com base na análise da situação de saúde e articulados aos instrumentos de programação, monitoramento e orçamento, os PMS desempenham papel estratégico na organização das ações e na implementação das políticas públicas(1). Entretanto, estudos brasileiros

apontam limitações persistentes na integração entre planejamento, gestão e execução, o que pode comprometer a tradução das prioridades sanitárias em ações concretas (2).

Essas limitações assumem especial relevância no enfrentamento das doenças determinadas socialmente, cuja ocorrência está fortemente associada às desigualdades sociais, às condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde. O controle sustentável dessas condições depende de respostas que integrem vigilância em saúde, atenção primária, assistência especializada e ações intersetoriais, além de adequada capacidade institucional e de governança (3,4). Nesse contexto, a incorporação dessas doenças aos PMS representa um passo fundamental para transformar prioridades epidemiológicas em ações, metas, indicadores e recursos adaptados às necessidades dos territórios.

Em 2024, foi instituído o Programa Brasil Saudável: Unir para Cuidar, que estabeleceu uma estratégia nacional para eliminar doenças e infecções determinadas socialmente como problemas de saúde pública até 2030, por meio de ações intersetoriais e territorializadas (5,6). Como os PMS referentes ao ciclo 2022–2025 foram elaborados antes da criação do programa, sua análise permite caracterizar o planejamento municipal previamente existente, sem representar uma avaliação da implementação do Brasil Saudável.

Embora existam estudos sobre planejamento em saúde e gestão municipal, permanecem escassas as evidências acerca dos atributos estruturais do planejamento associados à incorporação programática dessas doenças nos PMS. Compreender esses fatores pode contribuir para o aprimoramento do planejamento local e para a implementação de políticas voltadas ao enfrentamento das doenças determinadas socialmente (7).

A integração de características contextuais dos municípios e dimensões estruturais do planejamento em uma análise de abrangência nacional permite avançar além da descrição do conteúdo dos PMS, ao investigar aspectos relacionados à tradução de prioridades epidemiológicas em componentes programáticos.

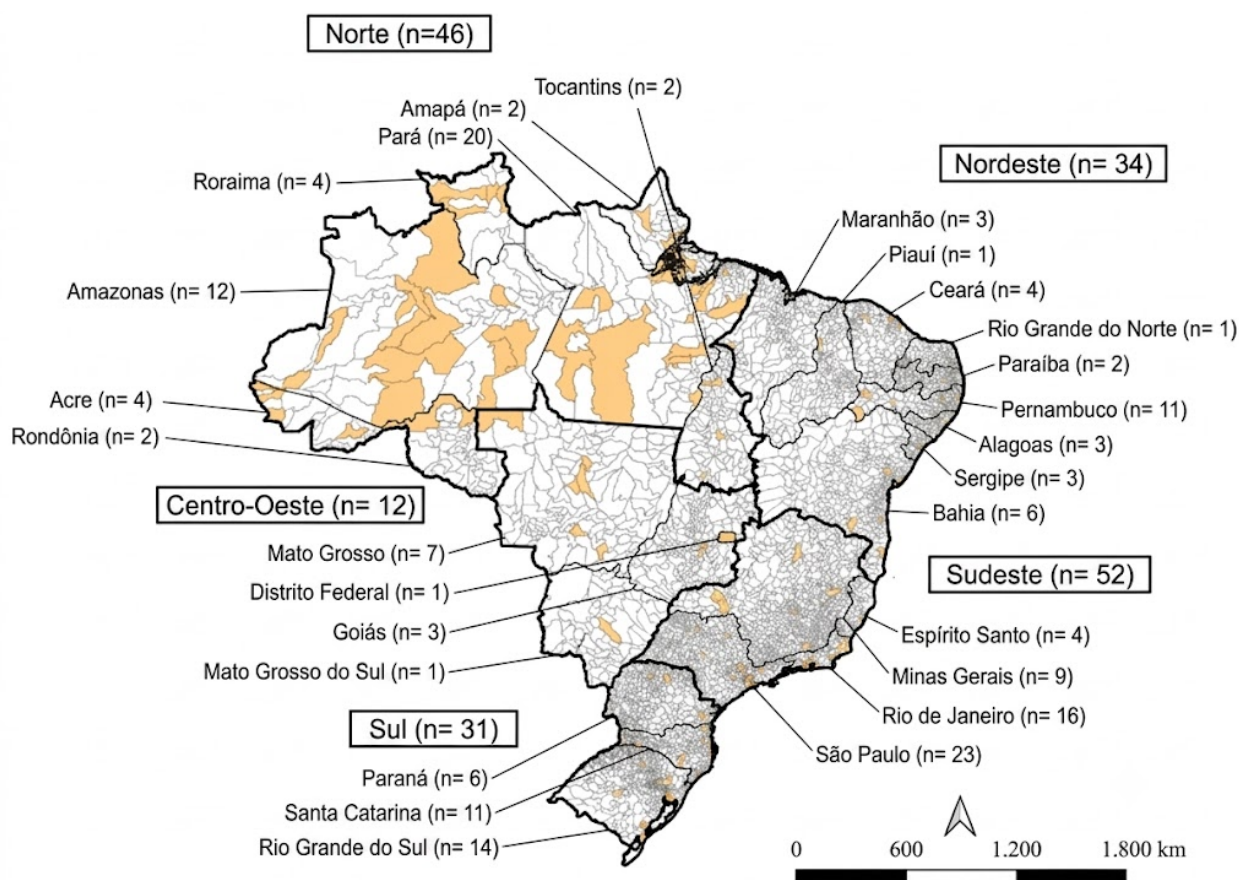
Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar a associação entre características contextuais dos municípios, atributos estruturais do processo de planejamento em saúde e a completude da incorporação programática das doenças posteriormente priorizadas pelo Programa Brasil Saudável nos Planos Municipais de Saúde referentes ao ciclo 2022–2025.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de estudo documental analítico, de abrangência nacional, baseado nos Planos Municipais de Saúde (PMS) do ciclo 2022–2025 dos municípios posteriormente priorizados pelo Programa Brasil Saudável. Dos 175 municípios prioritários (**Figura 1**), 173 apresentavam PMS disponível para consulta pública e constituíram a amostra analítica principal.

Figura 1. Municípios prioritários do Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar por regiões.



Nota: A figura representa os 175 municípios posteriormente priorizados pelo Programa Brasil Saudável. Maringá (PR) e Paulínia (SP) foram excluídos da análise principal por indisponibilidade do PMS para consulta pública.

Fonte: Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (6)/ Elaboração dos autores (2026).

Fonte dos dados

Os PMS foram obtidos entre fevereiro e novembro de 2025 por meio do DigiSUS Gestor (<https://digisusgmp.saude.gov.br/>), dos portais eletrônicos das prefeituras e de outras fontes oficiais.

Quando mais de uma versão estava disponível, foi utilizada a versão mais recente aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. Os municípios de Maringá (PR) e Paulínia (SP) não apresentavam PMS disponível para consulta pública nas fontes pesquisadas e, por esse motivo, foram excluídos da análise principal.

A população residente foi obtida das estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (8). Para fins analíticos, os municípios foram classificados em pequeno porte (<50.000 habitantes), médio porte (50.000–99.999 habitantes) e grande porte (≥ 100.000 habitantes). A classificação regional seguiu as cinco macrorregiões brasileiras.

Controle de qualidade

Para assegurar a consistência da avaliação documental, foi realizada avaliação independente de uma amostra aleatória correspondente a 10% dos PMS ($n = 18$) por dois avaliadores. As divergências identificadas foram discutidas e resolvidas por consenso. Adicionalmente, todas as respostas classificadas como “Parcialmente” foram submetidas a segunda leitura sistemática, com o objetivo de padronizar os critérios de julgamento. Não foi estimada medida formal de concordância interavaliadores, uma vez que os registros individuais das avaliações independentes não foram preservados após a etapa de consenso.

Modelo conceitual e variáveis

As variáveis independentes foram organizadas em modelo conceitual hierarquizado (**Figura 2**), composto por um nível distal, representado pelas características contextuais dos municípios (região geográfica e porte populacional), e um nível proximal, constituído por oito indicadores estruturais do planejamento: estrutura técnica do planejamento; participação e controle social; diagnóstico situacional e priorização; organização da rede de atenção; coerência estratégico-operacional; gestão da implementação; planejamento orçamentário; e transparência documental.

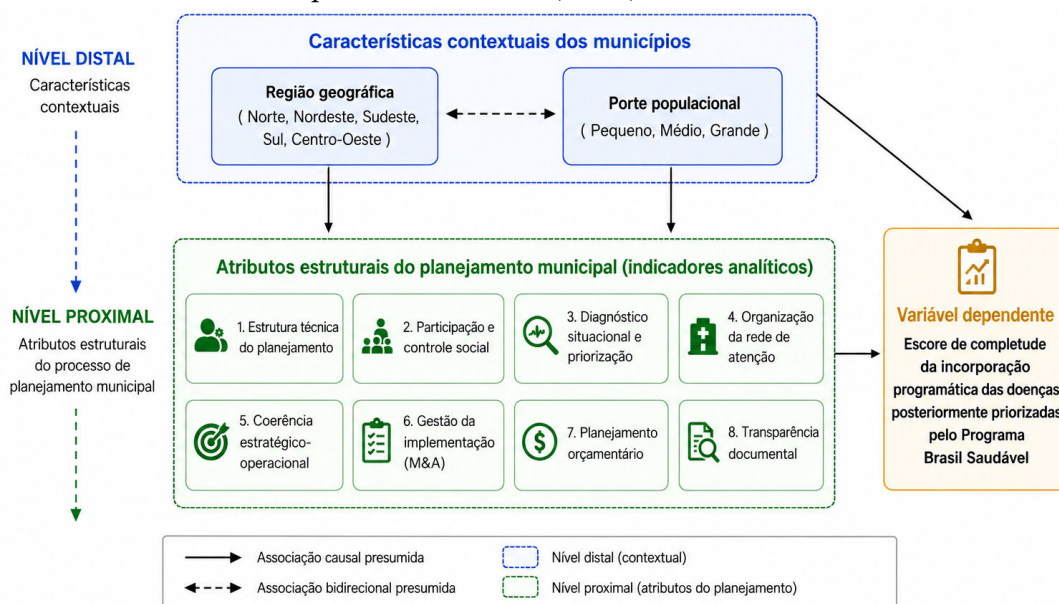
Os oito indicadores estruturais foram construídos pelos autores a partir dos itens do instrumento de avaliação documental da estrutura e do processo de planejamento municipal, adaptado de Carvalho (9) e Cruz et al. (10). Itens dicotômicos foram pontuados como 0 ou 1, e aqueles classificados como “não”, “parcialmente” ou “completamente” receberam, respectivamente, valores 0, 0,5 e 1. Nos itens passíveis de gradação, considerou-se “completamente” quando o conteúdo esperado estava integralmente identificado no documento, “parcialmente” quando o item estava explicitamente presente, mas com detalhamento

insuficiente ou sem o conteúdo mínimo necessário à sua operacionalização, e “não” quando o conteúdo não foi identificado.

Para cada indicador, calculou-se a média aritmética dos itens correspondentes, resultando em escore entre 0 e 1, com o mesmo peso atribuído a cada componente. Essa opção foi adotada por não haver base empírica ou normativa previamente validada que justificasse a atribuição de pesos diferenciados. Os indicadores e a respectiva pontuação constituem uma construção analítica desenvolvida para este estudo e não foram submetidos a processo prévio de validação. A composição dos indicadores, os critérios de pontuação e o método de cálculo são apresentados no **Material Suplementar 2**.

O desfecho foi a completude da incorporação programática das doenças posteriormente priorizadas pelo Programa Brasil Saudável. Os componentes programáticos esperados para cada doença foram definidos a partir das metas estabelecidas nas Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável. Para cada município, foi calculada a razão entre o número de componentes programáticos identificados e o número total de componentes esperados para as doenças prioritárias locais, produzindo um escore contínuo variando de 0 a 1. Como o número de componentes diferiu entre as doenças, cada componente programático contribuiu igualmente para o escore municipal de completude. A composição do desfecho segundo doença ou infecção é apresentada no **Material Suplementar 3**.

Figura 2. Modelo conceitual hierarquizado do estudo (DAG).



Nota: As variáveis foram organizadas hierarquicamente conforme sua posição conceitual no modelo causal. M&A – Monitoramento e Avaliação.

Fonte: Elaboração dos autores (2026).

Análise estatística

As variáveis contínuas foram descritas por média, desvio-padrão, mediana e intervalo interquartil, e as categóricas por frequências absolutas e relativas.

As associações foram estimadas por regressão logística fracionária com função de ligação logit, apropriada para desfechos proporcionais delimitados entre 0 e 1. Foram ajustados um modelo distal, contendo região e porte populacional; um modelo proximal, contendo os oito indicadores estruturais; e um modelo final, com variáveis distais e proximais incluídas simultaneamente. Os intervalos de confiança de 95% e os valores de p foram obtidos com erros-padrão robustos do tipo sandwich (HC0).

Como análise de sensibilidade, o modelo final foi reestimado incluindo os 175 municípios, atribuindo-se ausência aos componentes documentais nos dois municípios sem PMS disponível, e comparado a um modelo de regressão linear com erros-padrão robustos do tipo HC3. As análises foram realizadas no software R 4.4.0 (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Áustria), sendo adotado nível de significância de 5%.

As correlações entre os oito indicadores estruturais foram avaliadas pelo coeficiente de correlação de Spearman, e a multicolinearidade foi examinada pelo fator de inflação da variância (VIF).

Aspectos éticos

Por utilizar exclusivamente documentos públicos de acesso livre, sem identificação individual ou utilização de dados pessoais, o estudo foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram analisados 173 PMS, correspondentes a 98,9% dos 175 municípios posteriormente priorizados pelo Programa Brasil Saudável. Os municípios distribuíam-se pelas cinco macrorregiões brasileiras, com predomínio do Sudeste (n = 51) e do Norte (n = 46). Quanto ao porte populacional, 137 municípios eram de grande porte, 27 de pequeno porte e nove de médio porte (**Tabela 1**).

Tabela 1. Estatísticas descritivas do escore de completude segundo região e porte populacional.

Região	Municípios	Média	Desvio-padrão	Mediana	Intervalo interquartil
Norte	46	31,6%	22,9%	28,3%	15,3%–47,7%
Nordeste	34	39,2%	25,3%	37,0%	20,0%–59,8%
Centro-Oeste	12	35,6%	24,1%	32,1%	20,3%–54,0%
Sudeste	51	40,2%	23,5%	37,5%	23,4%–56,9%
Sul	30	42,2%	27,1%	38,5%	20,0%–67,3%

Porte populacional	Municípios	Média	Desvio-padrão	Mediana	Intervalo interquartil
Pequeno	27	24,6%	22,9%	18,2%	3,6%–35,4%
Médio	9	23,2%	17,6%	27,3%	12,5%–30,8%
Grande	137	41,3%	24,0%	38,5%	22,2%–59,1%

Fonte: Elaboração dos autores (2026).

A completude média da incorporação programática foi de 37,7% (DP = 24,4%), com mediana de 33,3% e intervalo interquartil de 18,2% a 55,6%. Treze municípios (7,5%) não apresentaram qualquer componente programático, enquanto apenas um atingiu completude de 100%.

Observou-se heterogeneidade entre as doenças avaliadas. Sífilis congênita (60,8%), malária (59,1%), tuberculose (51,9%), HIV/Aids (50,7%) e hanseníase (45,0%) apresentaram os maiores percentuais de completude. Em contraste, doença de Chagas (2,8%), HTLV (1,4%), esquistossomose, tracoma e filariose linfática (0%) apresentaram os menores valores (**Tabela 2**).

Tabela 2. Completude da incorporação programática segundo doença ou infecção determinada socialmente.

Doença ou infecção	Municípios prioritários	Componentes presentes	Componentes esperados	Completude
Sífilis congênita	85	155	255	60,8%
Malária	22	39	66	59,1%
Tuberculose	94	195	376	51,9%
HIV/Aids	99	251	495	50,7%
Hanseníase	80	180	400	45,0%
Hepatites virais	110	268	880	30,5%
Oncocercose	2*	1	6	16,7%
Geo-helminthíases	5*	2	20	10,0%
Doença de Chagas	30	5	180	2,8%
HTLV	69	2	138	1,4%
Esquistossomose	3*	0	12	0,0%
Tracoma	4*	0	12	0,0%

Doença ou infecção	Municípios prioritários	Componentes presentes	Componentes esperados	Completeness
Filariose linfática	4*	0	8	0,0%

Nota: Todas as condições foram mantidas na análise descritiva para representar integralmente o conjunto de doenças e infecções priorizadas pelo Programa Brasil Saudável, independentemente do número de municípios em que eram prioritárias.

* Percentuais referentes às condições com reduzidos denominadores devem, entretanto, ser interpretados com cautela.

Fonte: Elaboração dos autores (2026).

Entre os indicadores estruturais, coerência estratégico-operacional (84,6%) e estrutura técnica do planejamento (84,1%) apresentaram as maiores médias, enquanto gestão da implementação (43,9%) e planejamento orçamentário (41,5%) apresentaram os menores desempenhos (**Tabela 3**).

Tabela 3. Desempenho dos oito indicadores estruturais do planejamento.

Indicador estrutural	Média	Desvio-padrão	Mediana
Coerência estratégico-operacional	84,6%	13,2%	91,7%
Estrutura técnica do planejamento	84,1%	25,3%	100,0%
Transparência documental	75,7%	28,3%	100,0%
Participação e controle social	75,3%	32,7%	100,0%
Organização da rede de atenção	65,1%	14,7%	62,5%
Diagnóstico situacional e priorização	51,7%	16,6%	50,0%
Gestão da implementação	43,9%	36,3%	50,0%
Planejamento orçamentário	41,5%	25,4%	40,0%

Fonte: Elaboração dos autores (2026).

No modelo distal, observou-se evidência de maior completude nos municípios de grande porte em comparação aos de pequeno porte ($\beta = 0,783$; IC95%: 0,215 a 1,352; $p = 0,007$). No modelo proximal, organização da rede de atenção ($\beta = 1,299$; IC95%: 0,124 a 2,474; $p = 0,030$) e gestão da implementação ($\beta = 0,435$; IC95%: 0,018 a 0,853; $p = 0,041$) apresentaram evidência de associação com o desfecho. No modelo final, observaram-se associações com o grande porte populacional ($\beta = 0,625$; IC95%: 0,011 a 1,240; $p = 0,046$), a gestão da implementação ($\beta = 0,481$; IC95%: 0,029 a 0,933; $p = 0,037$) e o planejamento orçamentário ($\beta = 0,633$; IC95%: 0,040 a 1,225; $p = 0,036$). A organização da rede de atenção manteve

estimativa positiva, embora com maior imprecisão após o ajuste conjunto ($\beta = 1,206$; IC95%: -0,055 a 2,468; $p = 0,061$) (Tabela 4).

Tabela 4. Modelos de regressão logística fracionária para a completude da incorporação programática das doenças prioritárias.

Variável	Modelo distal β (IC95%)	p	Modelo proximal β (IC95%)	p	Modelo final β (IC95%)	p
Região						
Nordeste × Norte	0,001 (-0,485 a 0,487)	0,997	–	–	0,147 (-0,354 a 0,647)	0,566
Centro-Oeste × Norte	-0,138 (-0,854 a 0,578)	0,706	–	–	-0,421 (-1,132 a 0,290)	0,246
Sudeste × Norte	-0,066 (-0,543 a 0,412)	0,788	–	–	0,008 (-0,479 a 0,494)	0,976
Sul × Norte	0,066 (-0,468 a 0,599)	0,810	–	–	0,122 (-0,402 a 0,647)	0,647
Porte populacional						
Médio × Pequeno	-0,073 (-0,834 a 0,689)	0,852	–	–	-0,200 (-0,990 a 0,591)	0,621
Grande × Pequeno	0,783 (0,215 a 1,352)	0,007	–	–	0,625 (0,011 a 1,240)	0,046
Indicadores estruturais						
Estrutura técnica do planejamento	–	–	0,106 (-0,528 a 0,740)	0,743	-0,325 (-1,094 a 0,444)	0,407
Participação e controle social	–	–	0,197 (-0,325 a 0,719)	0,459	0,060 (-0,484 a 0,604)	0,828
Diagnóstico situacional e priorização	–	–	0,452 (-0,666 a 1,570)	0,429	0,713 (-0,535 a 1,961)	0,263
Organização da rede de atenção	–	–	1,299 (0,124 a 2,474)	0,030	1,206 (-0,055 a 2,468)	0,061
Coerência estratégico-operacional	–	–	1,106 (-0,172 a 2,383)	0,090	1,016 (-0,303 a 2,336)	0,131
Gestão da implementação	–	–	0,435 (0,018 a 0,853)	0,041	0,481 (0,029 a 0,933)	0,037
Planejamento orçamentário	–	–	0,487 (-0,134 a 1,107)	0,124	0,633 (0,040 a 1,225)	0,036
Transparência documental	–	–	-0,138 (-0,671 a 0,395)	0,611	-0,361 (-0,896 a 0,174)	0,186

Nota: Modelo distal: região geográfica e porte populacional. Modelo proximal: oito indicadores estruturais do planejamento. Modelo final: variáveis distais e proximais incluídas simultaneamente. Categorias de referência: região Norte e municípios de pequeno porte. β : coeficiente da regressão logística fracionária; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaboração dos autores (2026).

Na análise de sensibilidade que incluiu os 175 municípios, atribuindo-se ausência aos componentes documentais nos dois municípios sem PMS disponível, a direção das principais estimativas foi preservada. A associação para grande porte populacional apresentou menor precisão e passou a incluir o valor nulo ($\beta = 0,596$; IC95%: -0,014 a 1,206; $p = 0,056$), enquanto gestão da implementação ($\beta = 0,489$; IC95%: 0,039 a 0,938; $p = 0,033$) e planejamento orçamentário ($\beta = 0,627$; IC95%: 0,030 a 1,225; $p = 0,040$) permaneceram associados à maior completude. Nessa especificação, organização da rede de atenção também apresentou evidência de associação ($\beta = 1,334$; IC95%: 0,089 a 2,580; $p = 0,036$), enquanto a coerência estratégico-operacional apresentou resultado limítrofe ($\beta = 1,214$; IC95%: 0,000 a 2,427; $p = 0,050$).

No modelo de regressão linear com erros-padrão robustos HC3 aplicado à amostra principal, as estimativas mantiveram direção semelhante, embora com menor precisão para grande porte populacional ($\beta = 0,126$; IC95%: -0,011 a 0,263; $p = 0,071$) e planejamento orçamentário ($\beta = 0,145$; IC95%: -0,002 a 0,291; $p = 0,053$). A gestão da implementação apresentou estimativa positiva, com limite inferior do intervalo de confiança próximo de zero ($\beta = 0,113$; IC95%: 0,001 a 0,226; $p = 0,048$).

As correlações entre os indicadores estruturais foram de baixa magnitude, com coeficientes de Spearman variando de -0,071 a 0,386. A maior correlação foi observada entre diagnóstico situacional e priorização e organização da rede de atenção ($\rho = 0,386$). Os valores de VIF variaram de 1,07 a 1,79, não indicando multicolinearidade relevante entre os indicadores incluídos no modelo proximal (**Tabela 5**).

Tabela 5. Correlações de Spearman e fatores de inflação da variância entre os indicadores estruturais do planejamento municipal em saúde

Indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	VIF
1. Estrutura técnica do planejamento	1,000								1,38
2. Participação e controle social	0,339	1,000							1,31
3. Diagnóstico situacional e priorização	0,282	0,244	1,000						1,79
4. Organização da rede de atenção	0,217	0,325	0,386	1,000					1,53
5. Coerência estratégico-operacional	0,078	0,213	0,291	0,145	1,000				1,16
6. Gestão da implementação	0,025	-0,071	0,158	-0,012	0,077	1,000			1,07
7. Planejamento orçamentário	0,058	0,213	0,234	0,191	0,138	-0,027	1,000		1,13

Indicador	1	2	3	4	5	6	7	8	VIF
8. Transparência documental	0,091	0,039	0,258	0,003	0,187	0,106	0,106	1,000	1,10

Nota: Os valores de 1 a 8 correspondem aos indicadores apresentados nas linhas da tabela. ρ = coeficiente de correlação de Spearman; VIF = fator de inflação da variância. Os VIF foram calculados considerando simultaneamente os oito indicadores estruturais incluídos no modelo proximal.

Fonte: Elaboração dos autores (2026).

DISCUSSÃO

Este estudo analisou, em abrangência nacional, a relação entre características contextuais municipais, atributos estruturais do planejamento e a incorporação programática das doenças posteriormente priorizadas pelo Programa Brasil Saudável, avançando além da descrição isolada do conteúdo dos PMS. Os achados evidenciaram baixa completude e expressiva heterogeneidade entre as doenças avaliadas, além de um contraste entre a elevada presença de componentes formais do planejamento e o desempenho inferior das dimensões diretamente relacionadas à sua operacionalização. Em média, pouco mais de um terço dos componentes programáticos esperados estava presente nos planos, e 7,5% dos municípios avaliados não registravam qualquer componente relacionado às doenças prioritárias.

Esse cenário merece atenção porque o Plano Municipal de Saúde deve articular a análise da situação de saúde, a definição de prioridades, a programação das ações e a previsão dos recursos necessários para sua execução (1). Entretanto, limitações na integração entre planejamento, gestão e execução já foram descritas no SUS, com relatos de planos produzidos predominantemente para atender exigências normativas, sem necessariamente orientar a tomada de decisão cotidiana (2). Assim, a existência formal do documento não garante sua capacidade de induzir respostas programáticas efetivas. A implementação das políticas depende, contudo, da capacidade institucional dos municípios, da qualidade da governança local e da disponibilidade de recursos humanos, financeiros e organizacionais (7).

As diferenças observadas entre as doenças reforçam essa interpretação. Sífilis congênita, malária, tuberculose, HIV/Aids e hanseníase apresentaram maior completude programática, enquanto doença de Chagas, HTLV, esquistossomose, tracoma e filariose linfática permaneceram pouco representadas ou totalmente ausentes. Esse padrão provavelmente reflete diferentes graus de institucionalização das políticas públicas. Programas historicamente consolidados tendem a dispor de sistemas de informação

estruturados, protocolos assistenciais, mecanismos de financiamento e indicadores de monitoramento mais estabelecidos, o que facilita sua incorporação ao planejamento municipal (11,12).

Em contraste, as doenças historicamente negligenciadas continuam enfrentando dificuldades para alcançar espaço equivalente nos instrumentos de gestão. O reconhecimento de sua relevância epidemiológica, por si só, parece insuficiente para assegurar sua incorporação em estratégias operacionais. O controle sustentável dessas condições requer integração entre vigilância em saúde, atenção primária, assistência especializada e ações intersetoriais, além do fortalecimento da governança e do financiamento adequado (4). Também pressupõe articulação com políticas de saneamento, habitação, educação, proteção social e desenvolvimento territorial. Essa perspectiva está alinhada ao roteiro da Organização Mundial da Saúde para as doenças tropicais negligenciadas, que enfatiza integração dos sistemas de saúde, ação multisetorial e fortalecimento das capacidades nacionais (3). Assim, a baixa presença dessas doenças nos PMS pode representar não apenas uma lacuna documental, mas também um processo ainda incompleto de institucionalização dessas agendas nos territórios (13).

As hepatites virais ilustram bem essa situação. Embora tenham sido priorizadas em grande número de municípios, sua completude permaneceu inferior à observada para tuberculose, HIV/Aids e sífilis congênita. Isso indica que a frequência com que uma condição é reconhecida como prioritária não garante, por si só, maior densidade programática. Em 2022, estimava-se que aproximadamente 254 milhões de pessoas viviam com hepatite B crônica no mundo, mas apenas 13% haviam sido diagnosticadas e cerca de 3% recebiam tratamento (14). O enfrentamento desse problema exige integração entre vacinação, testagem, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, atenção primária e atenção especializada. Estudos recentes mostram que a descentralização da assistência e a simplificação dos fluxos aumentam significativamente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento (15). A menor completude observada pode refletir justamente a dificuldade em integrar todos esses componentes dentro do planejamento municipal.

Os indicadores estruturais também revelaram um contraste importante entre a qualidade da formulação e a capacidade de operacionalização dos planos. Estrutura técnica do planejamento e coerência estratégico-operacional apresentaram médias superiores a 80%, enquanto gestão da implementação e planejamento orçamentário permaneceram abaixo de 45%. Em termos práticos, isso indica que os municípios conseguem formular objetivos e ações com maior facilidade do que definir quem será responsável por executá-los, em que prazo e com quais recursos. Esse comportamento é consistente

com a literatura sobre ciência da implementação, que reconhece que políticas bem formuladas frequentemente fracassam quando mecanismos de execução não são adequadamente estruturados (16).

A gestão da implementação e o planejamento orçamentário representam dimensões diretamente relacionadas à passagem da formulação para a execução. A definição de responsáveis e prazos favorece o acompanhamento das ações, enquanto a articulação entre o PMS e os instrumentos orçamentários contribui para compatibilizar prioridades sanitárias e disponibilidade de recursos. A dissociação entre planejamento e orçamento, associada à limitada capacidade técnica e às restrições financeiras, pode comprometer a implementação das ações previstas, especialmente em contextos de menor capacidade fiscal. Esses achados reforçam a importância de mecanismos que aproximem a formulação programática das condições concretas de execução (1,7,16-18).

Os municípios de grande porte apresentaram maior completude em comparação aos de pequeno porte no modelo final. Essa associação, entretanto, deve ser interpretada com cautela, considerando sua proximidade do limiar convencional de significância estatística no modelo principal e a redução da precisão observada nas análises de sensibilidade, nas quais o intervalo de confiança passou a incluir o valor nulo. O achado provavelmente não expressa um efeito do tamanho populacional em si, mas pode refletir diferenças estruturais relacionadas à disponibilidade de equipes técnicas, infraestrutura administrativa, capacidade de gestão, oferta de serviços especializados e estabilidade institucional (19,20). Esses resultados sugerem que estratégias nacionais de fortalecimento institucional devem considerar as diferentes capacidades administrativas dos municípios, e não apenas suas necessidades epidemiológicas.

Não foram observadas evidências de associação entre macrorregião e completude, inclusive após o ajuste conjunto pelas características contextuais e pelos indicadores estruturais. Esses achados sugerem que a capacidade de incorporação programática das doenças não pode ser explicada apenas pelas diferenças entre macrorregiões. A elevada heterogeneidade existente entre municípios de uma mesma região provavelmente exerce influência mais importante do que a localização geográfica em si (21). Dessa forma, estratégias de fortalecimento institucional devem priorizar características locais dos municípios e das redes de atenção, em vez de considerar apenas recortes macrorregionais.

Alguns indicadores teoricamente relevantes não apresentaram evidência de associação no modelo final, como diagnóstico situacional, organização da rede de atenção e coerência estratégico-operacional. Isso não significa que sejam irrelevantes para o planejamento. As correlações entre os indicadores e os valores de VIF não indicaram multicolinearidade relevante, tornando pouco provável que colinearidade

acentuada explique a ausência dessas associações. Além disso, os elevados escores observados para alguns desses indicadores diminuíram sua variabilidade, limitando seu poder discriminatório (22). De maneira semelhante, a ausência de associação entre transparência documental e completude não deve ser interpretada como evidência de falta de importância da transparência. Tornar os planos públicos constitui requisito essencial para o controle social, embora isso não assegure, por si só, maior qualidade programática (23).

Os resultados apresentados oferecem uma linha de base para acompanhar a implementação do Programa Brasil Saudável. Como os PMS avaliados foram elaborados antes da criação do programa, este estudo não mede seus efeitos, mas identifica as principais lacunas que deverão ser enfrentadas no próximo ciclo de planejamento. A incorporação das diretrizes nacionais dependerá da elaboração de diagnósticos territorializados, definição de metas, indicadores, cronogramas, responsabilidades e previsão orçamentária compatíveis com a realidade local (6,24).

Do ponto de vista prático, os resultados reforçam a necessidade de ampliar o apoio técnico aos municípios de pequeno porte, fortalecer equipes permanentes de planejamento, integrar vigilância em saúde, atenção primária e gestão orçamentária e estimular o uso sistemático de dados epidemiológicos locais. A adoção de matrizes operacionais que explicitem ações, responsáveis, prazos, indicadores e recursos pode facilitar a execução, o monitoramento e a avaliação contínua das políticas. Da mesma forma, orientações nacionais estruturadas, mas suficientemente flexíveis para adaptação aos diferentes contextos municipais, podem favorecer a incorporação das doenças determinadas socialmente sem estimular a reprodução de modelos padronizados (1,20,24). Nesse sentido, o fortalecimento dos componentes operacionais do planejamento pode representar um passo decisivo para reduzir a distância entre as prioridades epidemiológicas e sua efetiva implementação nas políticas públicas de saúde.

Este estudo apresenta limitações. A análise documental não permite afirmar que componentes ausentes nos PMS não tenham sido executados, nem que componentes registrados tenham sido efetivamente implementados. Os indicadores estruturais constituem uma construção analítica desenvolvida para este estudo, sem validação prévia, e foram calculados atribuindo igual peso aos diferentes itens, embora sua relevância prática possa variar. Não foi possível estimar retrospectivamente uma medida formal de concordância interavaliadores, pois os registros individuais das avaliações independentes não foram mantidos após a resolução consensual das divergências. Embora tenham sido adotadas estratégias de controle de qualidade, incluindo dupla avaliação de amostra aleatória e segunda

leitura dos itens classificados como parcialmente presentes, a ausência de uma medida quantitativa de concordância constitui uma limitação. Além disso, o número de componentes diferiu entre as doenças, e algumas condições foram prioritárias em poucos municípios, o que recomenda cautela na interpretação de seus percentuais de completude. Por fim, o delineamento observacional impede inferências causais, e fatores não mensurados podem ter influenciado as associações observadas.

Apesar dessas limitações, o estudo apresenta pontos fortes, incluindo sua abrangência nacional, a avaliação de 173 dos 175 municípios prioritários, a aplicação sistemática de um mesmo instrumento de avaliação documental, a definição a priori do modelo conceitual, a utilização da regressão logística fracionária e a realização de análises de sensibilidade, aspectos que ampliam a consistência metodológica e a transparência da análise.

CONCLUSÃO

A incorporação programática das doenças determinadas socialmente nos Planos Municipais de Saúde dos municípios posteriormente priorizados pelo Programa Brasil Saudável foi limitada e heterogênea, com maior presença de condições historicamente mais institucionalizadas e baixa inclusão de algumas doenças negligenciadas. Os resultados indicam que atributos relacionados à formalização do planejamento, isoladamente, não apresentaram associação clara com maior completude. Em contrapartida, componentes diretamente relacionados à operacionalização, especialmente gestão da implementação e planejamento orçamentário, apresentaram evidência de associação com maior completude, embora as estimativas devam ser interpretadas à luz da natureza observacional do estudo e das análises de sensibilidade.

Os achados podem subsidiar o aprimoramento dos próximos Planos Municipais de Saúde ao reforçar a importância das capacidades institucionais relacionadas à execução do planejamento, particularmente em contextos municipais de menor porte. Estudos futuros poderão avaliar em que medida as diretrizes do Programa Brasil Saudável serão incorporadas ao novo ciclo de planejamento municipal e se essa incorporação se refletirá em maior capacidade de implementação e monitoramento das ações voltadas ao enfrentamento das doenças determinadas socialmente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Manual de Planejamento no SUS [Internet]. Brasília; 2016 [citado 24 de março de 2025] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf.
2. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Cien Saude Colet. 2009;14(SUPPL. 1):1565–77. doi:10.1590/S1413-81232009000800030 PubMed PMID: 19750366.
3. World Health Organization. Ending the Neglect to Attain the Sustainable Development Goals: A Road Map for Neglected Tropical Diseases 2021-2030 [Internet]. 2020 [citado 14 de abril de 2025];196. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>
4. Dean L, Tolhurst R, Nallo G, Kollie K, Bettee A, Theobald S. A health-systems journey towards more people-centred care: lessons from neglected tropical disease programme integration in Liberia. Health Res Policy Syst. 1º de dezembro de 2023;21(1). doi:10.1186/S12961-023-00975-X PubMed PMID: 37055758.
5. Brasil. Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, e altera o Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023, para dispor sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente – CIEDDS [Internet]. 2024 [citado 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/D11908.htm
6. Brasil. Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar [Internet]. Brasília; 2025 [citado 24 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/ciedds/publicacoes/diretrizes-nacionais-do-programa-brasil-saudavel-unir-para-cuidar.pdf>
7. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. BMJ. 20 de novembro de 2013;347(8):731–6. doi:10.1136/BMJ.F6753 PubMed PMID: 24259324.
8. IBGE. Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação | IBGE [Internet]. 2025 [citado 10 de junho de 2026]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>
9. Carvalho EMR. Usos e “desusos” do planejamento: uma análise sobre Planos Municipais de Saúde [Internet]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 2014 [citado 21 de julho de 2025]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/17904/1/Diss%20MP%20Elisa%20Carvalho.%202014.pdf>
10. Cruz C da SS, Dupim SLM, Nascimento ALD, Ribeiro L da CC, Roque R da S. Análise dos Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina no período de 2014 a 2017. Revista Vozes dos Vales [Internet]. 2017 [citado 26 de julho de 2025];(12). Disponível em: <https://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2017/08/Cleya0208.pdf>
11. de Oliveira-Martins S, Oliveira T, Gomes JFF, Caramona M, Cabrita J. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. Rev Saude Publica. 2011;45(1):195–203. doi:10.1590/S0034-89102011000100022
12. Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. Rev Saude Publica. setembro de 2007;41(suppl 1):50–7. doi:10.1590/S0034-89102007000800008

13. Banda GT, Deribe K, Davey G. How can we better integrate the prevention, treatment, control and elimination of neglected tropical diseases with other health interventions? A systematic review. *BMJ Glob Health*. 18 de outubro de 2021;6(10):e006968. doi:10.1136/BMJGH-2021-006968 PubMed PMID: 34663634.
14. Stockdale AJ, Holt B, Bhadoria AS, Sadasivan A, Ikeda D, Pollack T, et al. Service delivery models and care cascade outcomes for people living with chronic hepatitis B: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 1º de novembro de 2025;10(11):1013–27. doi:10.1016/S2468-1253(25)00163-3 PubMed PMID: 40819651.
15. Holt B, Fernandez M, Nguyen D, Delima D, Duy LD, Gaspar M, et al. Embedding viral hepatitis into primary healthcare: results of a strategic landscape analysis in Vietnam and the Philippines. *Lancet Reg Health West Pac*. 1º de março de 2024;44:100990. doi:10.1016/J.LANWPC.2023.100990
16. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science* 2015 10:1. 21 de abril de 2015;10(1):53-. doi:10.1186/S13012-015-0242-0 PubMed PMID: 25895742.
17. Adjagba AO, Oguta JO, Akoth C, Wambiya EOA, Nonvignon J, Jackson D. Financing immunisation in Kenya: examining bottlenecks in health sector planning and budgeting at the decentralised level. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2024 22:1. 29 de outubro de 2024;22(1):76-. doi:10.1186/S12962-024-00581-W
18. Arruda H, Codazzi K, Rocha R, Suhrcke M, Hone T. Macroeconomic fluctuations and the prioritization of healthcare funding by local governments: longitudinal evidence from 5461 Brazilian municipalities. *Health Policy Plan*. 20 de maio de 2026;41(5):887–97. doi:10.1093/HEAPOL/CZAG043 PubMed PMID: 41906640.
19. Pinafo E, Nunes E de FP de A, Carvalho BG, Mendonça F de F, Domingos CM, Silva CR. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1619–28. doi:10.1590/1413-81232020255.34332019 PubMed PMID: 32402043.
20. Fontanelli F, Sérgio A, Fernandes A, Grin E, Antônio M, Teixeira C, et al. A propositional analysis of local government capacity in Brazil. *Revista do Serviço Público*. 1º de abril de 2025;76(1):12–35. doi:10.21874/RSP.V76I1.10029
21. D'Ávila Viana AL, Bousquat A, De Pereira APCM, Uchimura LYT, de Albuquerque MV, dos Santos Mota PH, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 1º de junho de 2015;24(2):413–22. doi:10.1590/S0104-12902015000200002
22. Harrell FE. *Regression Modeling Strategies*. 2º ed. Cham: Springer International Publishing; 2015. 582 p. doi:10.1007/978-3-319-19425-7
23. da Cruz NF, Tavares AF, Marques RC, Jorge S, de Sousa L. Measuring Local Government Transparency. *Public Management Review*. 2 de julho de 2016;18(6):866–93. doi:10.1080/14719037.2015.1051572
24. Danforth K, Ahmad AM, Blanchet K, Khalid M, Means AR, Memirie ST, et al. Monitoring and evaluating the implementation of essential packages of health services. *BMJ Glob Health*. 28 de março de 2023;8(Suppl 1):e010726. doi:10.1136/BMJGH-2022-010726 PubMed PMID: 36977532.

Como citar	do Nascimento, D. R., Teixeira, C. P., de Azevedo, D. P. G. D., Matos, T. S., do Carmo, R. F., & de Souza, C. D. F. (2026). Atributos estruturais associados à incorporação programática das doenças determinadas socialmente ao planejamento municipal em saúde no Brasil: uma análise documental de abrangência nacional. <i>Revista Portal: Saúde E Sociedade</i> , 13(unico). https://doi.org/10.28998/rpss.v13iunico.21539
	Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado
Conflito de interesses	Sem conflito de interesse
Financiamento	Sem apoio financeiro
Contribuições dos autores	Davi Rios do Nascimento (DRN): Conceituação, Metodologia, Curadoria de dados, Análise formal, Visualização, Redação – versão original do manuscrito e Redação – revisão e edição. Carla Pacheco Teixeira (CPT): Curadoria de dados, Análise formal e Redação – revisão e edição. Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo (DPGDA): Curadoria de dados, Análise formal e Redação – revisão e edição. Thaís Silva Matos (TSM): Metodologia, Curadoria de dados, Análise formal, Redação – revisão e edição e Supervisão. Rodrigo Feliciano do Carmo (RFC): Metodologia, Curadoria de dados, Análise formal, Redação – revisão e edição e Supervisão. Carlos Dornels Freire de Souza (CDFS): Conceituação, Metodologia, Supervisão, Administração do projeto, Validação e Redação – revisão e edição.