

# PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE GESTÃO

## HEALTH MUNICIPAL PLAN: ANALYSE OF MANAGEMENT'S INSTRUMENT

**Nemre Adas SALIBA<sup>1</sup>; Cléa Adas Saliba GARBIN<sup>2</sup>; Patrícia Elaine GONÇALVES<sup>3</sup>; Joildo Guimarães SANTOS<sup>4</sup>; Neila Paula de SOUZA<sup>5</sup>; Suzely Adas Saliba MOIMAZ<sup>1</sup>**

1. Professora Titular do Departamento de Odontologia Infantil e Social, Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araçatuba, SP, Brasil; 2. Professora Adjunto do Departamento de Odontologia Infantil e Social - FOA, - UNESP, Araçatuba, SP, Brasil. 3. Professora Colaboradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil; 4. Professor Adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Feira de Santana, Bahia, Brasil; 5. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - FOA, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Araçatuba, SP, Brasil, [neilapsouza@hotmail.com](mailto:neilapsouza@hotmail.com)

**RESUMO:** Dentre os instrumentos fundamentais do planejamento que devem ser utilizados pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde destaca-se o Plano Municipal de Saúde. Este deve ser construído coletivamente apresentando as intenções políticas, diretrizes, prioridades, objetivos, quadro de metas, estimativa de recursos e gastos necessários para o alcance das metas do setor saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar os planos, quanto ao atendimento aos preceitos legais que regem o Sistema Único de Saúde, sua constituição e apresentação dos itens essenciais. Foram incluídos no estudo três municípios do Estado de São Paulo. A técnica de pesquisa adotada foi a análise documental. Verificou-se que nem todos planos apresentaram a análise situacional com descrição detalhada da situação geral do município, e somente um deles realizou análise crítica de seus dados epidemiológicos; assim como, a receita financeira aplicada à saúde foi descrita por apenas um município. Em relação à programação, todos os municípios descreveram os principais problemas e suas soluções. Embora contasse com o quadro de metas, a questão da estimativa de gastos para se atingir as metas não foi abordada. Nenhum apresentou uma revisão anual, estando um deles desatualizado há mais de dois anos. Não foi observada a participação do Conselho Municipal de Saúde na elaboração e revisão dos planos. Concluiu-se que há deficiência nos planos analisados. Sugere-se a execução da educação permanente dos gestores quanto à importância da elaboração sistemática dos planos e da promoção da participação ativa Conselho Municipal de Saúde objetivando concretizar o controle social das ações de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas. Política de Saúde. Gestão em Saúde. Planejamento. Planejamento em Saúde. Administração em Saúde.

## INTRODUÇÃO

Muitos avanços ocorreram nos últimos anos no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles destacam-se o aumento do acesso às ações e serviços de saúde, o investimento em recursos humanos (BUCHAN; FRONTEIRA; DUSSALT, 2011), o processo de descentralização da gestão (PIERANTONI; GARCIA, 2011), e a ampla participação social (PAIM et al., 2011); entretanto, ainda há dificuldades que são nós críticos para a sua efetivação. Com o propósito de avançar nesse processo, discutir a organização e o funcionamento do SUS, bem como definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado foi criado o Pacto pela Saúde atribuindo aos gestores papeis protagonistas no fortalecimento do sistema, através da execução das ações de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

O Sistema de Planejamento no SUS (PlanejaSUS), como um dos constituintes do

referido pacto, tem o objetivo de auxiliar na melhora da resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde. Para isso, deve promover a atuação articulada entre as três esferas de gestão, a partir do princípio de que cada uma deva realizar o seu planejamento (BRASIL, 2009).

Os resultados do processo de planejamento devem ser expressos através de instrumentos de gestão; dentre esses, destaca-se o PMS - Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 2006a). Este constitui-se como um documento formal de exigência legal, entretanto, é um instrumento flexível e dinâmico que deve ser consultado, ajustado, executado e não engavetado, objetivando a operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar problemas e atender necessidades de saúde da população do município relacionado.

O PMS define os objetivos, diretrizes e metas, além de prever o financiamento das ações e serviços de saúde em conformidade com as especificidades da esfera de gestão. Desta maneira,

é importante que sua elaboração ocorra de forma participativa a partir de uma análise estratégico-situacional, para que a comunidade e/ou seus representantes mencionem e decidam quais os principais problemas de saúde presentes no município, minimizem os conflitos de interesse, definam quais ações prioritárias a serem realizadas, e, quais as estratégias exequíveis de intervenção no modelo de atenção à saúde devam ser promovidas, por meio do planejamento em saúde (FERREIRA, 2004; PINHO, 2008). Todos os atores sociais têm direito de serem ouvidos nos conselhos de saúde, suas opiniões e preferências devem ser respeitadas, já que como cidadãos situam-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde (PINHO, 2008).

É importante que se avalie como o processo de planejamento da saúde no nível local está ocorrendo, para identificar as dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais, assim como subsidiá-los na condução de um processo participativo, de acordo com a legislação e o uso racional da verba disponibilizada, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS e da qualidade de vida dos munícipes. O objetivo deste estudo foi analisar o Plano Municipal de Saúde quanto ao atendimento aos preceitos legais que regem o SUS, a sua constituição e apresentação dos itens essenciais.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos no estudo três municípios do Estado de São Paulo – Brasil, pertencentes ao Departamento Regional de Saúde - DRS II - Regional de Araçatuba: Piacatu, Clementina e Gabriel Monteiro, com população estimada de 5.283; 7.058 e 2.704 habitantes, respectivamente (IBGE, 2010).

As parcerias com as prefeituras dos municípios foram firmadas objetivando o desenvolvimento do estudo, o qual é parte de um projeto de pesquisa de ações para o fortalecimento do SUS. Esse projeto maior contou com o auxílio FAPESP nº 2003/07175-9.

Trata-se de um estudo descritivo, que utilizou como método de pesquisa a análise documental. Foi realizada a leitura detalhada e a análise de todos os documentos e textos constituintes dos PMS.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética, visto que, o projeto de pesquisa de desenvolvimento de ações para o fortalecimento do SUS, o qual o estudo era integrante, abrangia além da análise documental, o envolvimento de seres humanos. O

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, seguindo as diretrizes éticas da Resolução 196/96, aprovou o estudo.

Os Planos de Saúde foram analisados quanto ao atendimento aos preceitos legais que regem o SUS; dentre estes, destacam-se os seguintes documentos referentes ao planejamento e ao PMS: Portaria nº 3.332/GM/MS, de 28 de dezembro de 2006 que aprova as orientações referentes aos instrumentos básicos do PlanejaSUS; Portaria nº 3176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008 que aprova as orientações da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão (RAG) e Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

As seguintes variáveis foram analisadas nos PMS: I - Diagnóstico das características gerais do município, incluindo aspectos demográficos, sócio-econômicos, de infraestrutura, educação; II - Diagnóstico Epidemiológico (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária); III - Diagnóstico dos Serviços de Saúde (rede física instalada, recursos humanos, produção dos serviços, recursos financeiros); IV- Objetivos; V- Programação; VI - Participação social e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde; VII - Revisão anual.

## RESULTADOS

Em relação a vigência dos PMS, verificou-se que no Município I o plano foi construído em 2001, com vigência pré-estabelecida durante o período de 2001 a 2004; entretanto, ainda possuía validade, uma vez que, não foi elaborado um novo PMS para substituí-lo. No Município II, a vigência pré-estabelecida do PMS foi durante os anos de 2005 a 2008; já no Município III, de 2002 a 2006.

A Tabela 1 apresenta os resultados da avaliação das demais variáveis estudadas.

**Tabela 1.** Distribuição dos três municípios do noroeste do Estado de São Paulo, segundo a presença ou não das variáveis analisadas no estudo. Araçatuba - São Paulo, 2012.

Variáveis	Municípios		
	I	II	III
Diagnóstico das características gerais		X	X
Diagnóstico epidemiológico		X	
Diagnóstico dos serviços de saúde	X	X	X
Objetivos			
Programação	X	X	X
Participação social			
Aprovação pelo CMS	X	X	X
Revisão anual			

## DISCUSSÃO

Nesta pesquisa sobre os planos municipais de saúde, verificou-se que alguns itens importantes, estabelecidos por lei, como parte integrante desse instrumento de gestão, não foram contemplados nos documentos analisados.

O PMS além de ser uma exigência legal e formal, é o instrumento fundamental para a consolidação (BRASIL, 2011) e regulamentação do processo de descentralização político-administrativa no âmbito do SUS, refletindo, portanto, a responsabilidade municipal com a saúde da população (MARRA; ARCIERI; 2011; ZANETTI, 2000). Representa, um meio de efetivação e valorização da função gestora em cada unidade federada. Contudo, não há um modelo acabado e aplicável às diferentes esferas de gestão, mas, a legislação vigente oferece orientações gerais para a elaboração desse instrumento (BRASIL, 2006a).

Para que o êxito do plano seja atingido, deve ser realizado o planejamento estratégico e participativo, a fim de organizar as ações e serviços de saúde antecipando-se aos acontecimentos, objetivando os resultados e impactos desejados e, sobretudo, a prevenção dos agravos de saúde e a preservação de vidas humanas (CAMPOS et al., 2009).

A elaboração do Plano Municipal de Saúde deve iniciar pelo diagnóstico das características gerais do município que deverá conter a descrição da situação geral, apresentando dados desde sua origem e formação, localização, demografia, distribuição de renda, escolaridade, oferta de recursos humanos na área da saúde, organização do sistema de saúde local, até suas condições de saúde, indicadores, rede ambulatorial e hospitalar instalada, além de informações sobre saneamento, rede de água e esgoto, coleta de lixo, em fim, tudo que

possa influenciar na qualidade de vida dos residentes (BRASIL, 2003; MOIMAZ, 2006; PINTO, 2008). Nem todos os planos realizaram essa descrição; e, somente um deles descreveu o sistema educacional, que deve ser ressaltado como um fator determinante na qualidade de vida dos municípios.

Referente ao diagnóstico epidemiológico, apenas um plano relatou as características epidemiológicas do município e realizou uma análise crítica dos dados, citando as doenças mais prevalentes, a população mais afetada e as causas que levaram a essas doenças. O conhecimento da situação epidemiológica da população é essencial, tanto para o planejamento, quanto para a execução de serviços em saúde, para que ocorra o correto equacionamento dos problemas de saúde e doença de cada comunidade, como também a aplicação racional dos recursos (PINTO, 2008).

Quanto ao diagnóstico dos serviços de saúde, os municípios descreveram a infraestrutura, os recursos humanos e os serviços de saúde realizados. Observou-se que os municípios apresentaram a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada do sistema de saúde como preconizado. Já o sistema de referência e contra-referência era executado em parceria com os municípios mais desenvolvidos com o propósito de direcionar a essas cidades as ações de saúde mais especializadas que a população necessitada.

Assim, referente à análise da fase de diagnóstico para a elaboração do PMS, que abrange os diagnósticos: das características gerais do município; epidemiológico e dos serviços de saúde, evidencia-se a falta de interesse ou desconhecimento dos gestores em relação ao acesso de várias fontes de informações, já que, vários dados que poderiam ser incorporados aos PMS não foram citados, apesar de estarem prontamente disponíveis em bases de dados, tal qual no website do IBGE (Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística) e nos sistemas de informação do SUS, tais como: SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), SI-API (Sistema de Informações de Avaliação do Programa de Imunizações), SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), CADSUS (Sistema de Cadastramento de usuários do SUS), SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS), SISPACTO (Aplicativo do Pacto pela Saúde), SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), SIS-HIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica), SIOPS (Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Estes bancos de dados devem ser acessados rotineiramente pelos gestores e suas equipes técnicas, pois são importantes ferramentas para a elaboração, monitoramento e avaliação do PMS, como também para o planejamento de diversas ações e serviços de saúde direcionadas ao enfrentamento dos problemas existentes. Inquéritos epidemiológicos, levantamentos, oficinas com os profissionais da saúde e a comunidade também são instrumentos para a coleta de informação.

Os planos não apresentavam de forma estruturada, clara e definida os objetivos gerais e específicos, os quais deveriam estar descritos em separado, eram citados de forma dispersa em todo o plano. Teixeira (2001) relata que a sistematização dos objetivos definidos é o ponto de partida para a definição das estratégias de ação e, conseqüentemente, para a programação operativa, a execução e o acompanhamento e avaliação das ações e serviços.

Em relação à programação, os municípios relataram em seus planos de forma priorizada os principais problemas que estavam ocorrendo no município, desde os de ordem física como infraestrutura, recursos humanos até a resolutividade dos serviços. Houve menção das metas a serem atingidas e as estratégias de ação para solução desses problemas, como a ampliação e melhoria da infraestrutura, admissão de novos recursos humanos, recursos financeiros necessários. O fluxo adequado, contínuo e permanente de recursos financeiros ao provimento das referidas ações constitui pré-condição para a resolução de inúmeros problemas de saúde da população assistida (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

O Quadro de Metas é a parte do PMS que

informa às situações que serão enfrentadas, relacionadas às metas que se deseja atingir e às ações que serão necessárias para esses fins, que irá resultar na negociação e consenso entre órgãos gestores e conselhos de saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011). Já o Orçamento é a parte do plano em que aparecem os recursos necessários à execução de cada operação programada para cumprir as metas (MOIMAZ, 2006), ou seja, o Quadro de Metas e o Orçamento devem guardar coerência entre si. Os planos analisados apresentavam quadro de metas, porém, a questão das estimativas de gastos para o alcance dessas metas não foi abordada, ocorrendo apenas citação das fontes de capacitação de recursos, como recursos municipais e estaduais. Assim torna-se necessária a construção de uma gestão orçamentária-financeira do SUS que fortaleça o elo entre o Fundo Municipal de Saúde, que possui as funções de planejar, orçar, executar, coordenar, acompanhar as atividades orçamentárias, financeiras e contábeis; e o Conselho Municipal de Saúde, que deve fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, possibilitando o controle social sobre todas as etapas (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003; BRASIL, 2004).

Sabe-se que o repasse financiamento dado aos municípios advém de recursos do Ministério da Saúde, da Secretária Estadual da Saúde e do próprio Município, e para que isso ocorra é imprescindível a elaboração do Plano Plurianual - PPA e a Agenda de Saúde. O PPA é elaborado no primeiro ano de mandato do governante e encaminhado para a aprovação do Poder Legislativo até 31 de agosto, para vigor nos 2º, 3º e 4º anos do seu mandato, e no 1º ano do mandato do seu sucessor. O PPA contém as Metas de Governo e toma por base a Agenda de Saúde e as metas plurianuais contidas nos Planos de Saúde. É com base no PPA que é elaborada a – Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, contendo as orientações para a preparação do Orçamento (BRASIL, 2003). Ao analisar esses aspectos, observou-se que somente um plano apresentou a receita financeira aplicada na saúde, outro estava desatualizado há mais de dois anos, fato que compromete todas as ações de saúde, uma vez que a realidade da saúde populacional é dinâmica e apresenta mudanças quanto as suas necessidades. Os PMS não podem ser caracterizados como documento burocrático, podendo comprometer o PPA, a LDO e o repasse financeiro ao município como também devem ser alinhados com os instrumentos do planejamento de outras esferas de gestão do SUS (SILVA, 1996),.

O planejamento em saúde é o processo pelo qual a Secretária de Saúde e seus Conselhos definem as ações que serão transformadas em políticas de saúde no período daquela gestão. A participação de técnicos especializados dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações em saúde a serem desenvolvidas são de grande valia e demonstram fortalecimento da intersectorialidade no setor saúde. É comum as alianças estratégicas serem estabelecidas entre as Secretarias Municipais de Saúde e agências governamentais ou não-governamentais (ONG), instituições de saúde e outros setores tais como: cultura, educação, esportes, justiça, legislação, transporte, instituições religiosas; com o objetivo de alcançar as metas almejadas (OPAS,2003). Entretanto, não foi mencionado nos PMS analisados a contribuição de técnicos especializados e de outros atores nas ações de planejamento demonstrando o descomprometimento dos municípios em promover projetos intersectoriais, fundamentais para a sustentabilidade das políticas públicas, principalmente as destinadas a promoção da saúde (MOYSES, 2004).

Não foi descrito em nenhum plano, a colaboração ou a participação do Conselho Municipal de Saúde Conselho na definição de ações de saúde que os integravam, apenas citou-se que o Conselho aprovou o Plano Municipal de Saúde depois que o mesmo foi elaborado. Também não houve relato da incorporação de propostas aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde em nenhum dos planos analisados. Assim, observou-se a falta do controle social conforme regulamentado pela lei orgânica da saúde 8142 de 1990 (BRASIL, 1990) e a Resolução n. 333/03 que

defini como uma das competências do conselho em definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços (BRASIL, 2003).

A sociedade deve participar ativamente dos Conselhos Municipais de Saúde, bem como das Conferências de Saúde, visto que estes são dois importantes instrumentos do controle social (CÔRTEZ, 2002). A melhora da participação social nos conselhos municipais de saúde pode ser promovida ao se estabelecer um acréscimo no nível de comunicação entre os conselhos e a comunidade (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010), e promover-se, de fato a democratização da administração pública (PESSOTO; NASCIMENTO; HEIMANN, 2001).

Além disso, o PMS deve proceder a uma revisão anual, em função de novas metas de gestão e adequação à dinâmica da política de saúde (MOIMAZ, 2006; BRASIL, 1990; BRASIL, 2003), todavia, isso não foi observado em nenhum dos planos.

## CONCLUSÃO

Há deficiências nos Planos Municipais de Saúde analisados. Considerando a importância destes instrumentos de gestão, há necessidade de executar a educação permanente dos gestores quanto à importância da elaboração sistemática dos PMS, de acordo com legislação vigente correspondente, bem como do incentivo a participação ativa dos Conselhos Municipais de Saúde, objetivando a concretização do controle social das ações de saúde, conforme preconizado pelo SUS.

---

**ABSTRACT:** Among planning instruments used by manager instances of Brazilian Health System it pointed the Health Municipal Plan (PMS) that should be built collectively showing political intentions, directresses, priorities, objectives, goals framework, estimative of resources and need costs to get the goals of the health sector. The aim of this work was to analyze the plans in relation to attendance of legal requirements which manage the Brazilian Health System, its constitution and showing of essential items. The study included three municipalities form São Paulo State. It was used the documental analysis as research technique. Near all plans showed an analysis of situation with detailed descriptions of general situation of municipality, and only one of them realized critical analysis of their epidemiological data; the financial income applied on health was decrypted by only one municipality. About programming, all municipalities described the main problems and its solutions. Although they had goals framework, the question about cost estimative to get the goals was not approached. Any municipality showed an annual review, being one of them delayed over than two years. It was observed no participation of Municipal Health Council on elaboration and review of plans. It was concluded that there was a deficiency in the plans analyzed. It's necessary to execute continuing education with managers in relation to importance of systematic elaboration of plans and to incentive the promotion of active participation of Municipal Health Council promotion of aiming to became true the social control of health actions.

**KEYWORDS:** Policies. Health policy. Health management. Planning. health planning. Health administration.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 57, 4 dez. 2003.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 25.694-25.695, 31 dez. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**: acesso à qualidade superando a exclusão social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 148 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 66 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 608, 29 dez. 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 43-51, 23 fev. 2006b.
- BUCHAN, J.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. **Human Resource for Health**, London, v. 9, p. 17, July 2011.
- CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2009. 871 p.
- CÔRTEZ, S. M. V. As origens da idéia de participação na área da saúde. **Saúde em Debate**. n. 51, p. 30-37, jun. 1996.
- COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, ago. 2010.
- FERREIRA, A. S. Competência gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**: São Paulo. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=35&dados=0>>. Acesso em: 5 mar. 2012.
- MARRA, S. M. P., ARCIERI, R. M. Análise da inclusão da odontologia nos planos municipais de saúde das cidades integrantes da gerência regional de saúde de Uberlândia- MG. **Bioscience Journal**, Uberlândia, v. 27, n. 3, p. 510-517, mai./jun.2011.

MOIMAZ, S. A. S. (Org.) **Manual para conselheiros de saúde**: noções básicas. Araçatuba: Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, 2006. 51 p.

MOYSES, Samuel Jorge; MOYSES, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004 .

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde 2003. **Municípios e comunidades saudáveis**. Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. OPAS, W.K. Kellogg Foundation, Brasília.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, n. esp., p. 11-31, maio 2011.

PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, jan./fev. 2001.

PIERANTONI, C. R.; GARCIA, A. C. P. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. **Human Resource for Health**, London, v. 9, n. 1, p. 12, May 2009.

PINHO, M. M. Racionamento dos cuidados de saúde: problemática inerente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 690-695, mar. 2008.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 5. ed . São Paulo: Ed. Santos, 2008. 635 p.

SILVA, S. F. **A construção do SUS a partir do município**: etapas para a municipalização plena de saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. 116 p.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001. 79 p.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF)**: proposição e programação Brasília: Universidade de Brasília, 2000. Disponível em:

<[http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo\\_amplo/1coletivo\\_amplo.htm](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/1coletivo_amplo.htm)>. Acesso em: 5 mar. 2012.