

# PLANEJAMENTO EM SAÚDE: MARCOS METODOLÓGICOS, LIMITES E POSSIBILIDADES

*HEALTH POLICIES PLANNING: METHODOLOGICAL STANDARDS, BOUNDARIES AND POSSIBILITIES*

Cassius Guimarães Chai  
Ilma Paiva Pereira

## Resumo

Diante do reconhecimento e ampliação do direito à Saúde trazidos pela Constituição Federal de 1988, o impacto sobre contas públicas e a necessidade de racionalizar o sistema, agora obrigados à matriz da universalização, posicionam o planejamento como fundamental para a operacionalização do acesso às ações e serviços de saúde. O objetivo do presente artigo foi realizar uma revisão integrativa de literatura com o intuito de conhecer os fatores relacionados aos marcos metodológicos, os desafios e as possibilidades para a estruturação de um Plano Municipal de Saúde. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados: Lilacs, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), no Google Acadêmico, Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para a composição da amostra foram associados os seguintes descritores: Política de Saúde, Descentralização e Municipalização com Planejamento em Saúde. Além disso, selecionaram-se trabalhos entre dissertações, teses e artigos científicos, além de apostilas institucionais do Ministério da Saúde-MS (documentos públicos do PlanejaSUS), adotando como corte temporal trabalhos científicos publicados no período de 2005 a 2015. Os resultados encontrados sintetizam o cenário do arranjo intersectorial e tripartite da gestão da saúde, contribuindo para um exercício crítico e avaliativo da experiência, dos desafios e de possibilidade de avanços na compreensão da importância da planificação municipal do SUS.

**Palavras-chave:** Política de Saúde, Descentralização e Municipalização com Planejamento em Saúde.

## Abstract

Before the health right recognition and expansion brought about by the Federal Constitution of 1988, the impact on public accounts and the need to rationalize the system, now bound to the universalisation matrix, place “planning” as fundamental for the operationalization of actions and services of health accessing. The objective of this article is to carry out an integrative literature review in order to know the factors related to the methodological frameworks, challenges and possibilities for structuring a Municipal Health Plan (Administration). The following databases were searched: Lilacs, Library Digital Thesis and Dissertation (BDTD), in Google Scholar, the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) Thesis Bank. For the composition of the sample, the following descriptors were associated: Health Policy, Decentralization and Municipalization with Health Planning. In addition, papers were selected among dissertations, theses and scientific articles, as well as institutional handbooks of the Ministry of Health-MS Publics of PlanejaSUS), adopting scientific works published between 2005 and 2015 as a time cut. The results found synthesize the scenario of the intersectoral and tripartite arrangement of health management, contributing to a critical and evaluative exercise of experience, challenges and possibility Of advances in the understanding of the importance of SUS municipal planning.

**Key-words:** Health policies; Health Public Services Planning; Decentralization and Mucipalization.

## INTRODUÇÃO

“O direito à vida é o fundamento do direito humano e sua proteção só é possível pela proteção da saúde” que é “o direito social primordial”. (MENDES, 2013). A dignidade humana, por sua vez, “fundamenta a legitimação dos direitos humanos sociais, que são supraestatais e vinculam o constituinte” (NEUNER, 2006). Nesse sentido, o direito à saúde foi reconhecido pela Constituição Federal de 1988 como “direito social (art. 6º, CF), bem como se determinou que cabia ao Estado sua efetivação” (BRASIL, 2006). A partir de então, foi necessário estruturar e organizar o setor da saúde, garantindo que os princípios e diretrizes estabelecidos na norma fundamental para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) fossem observados.

Antes da Constituição de 1988, o acesso à saúde se dava de forma seletiva e segregadora, já que a assistência médica era garantida aos beneficiários da previdência social, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada marco histórico, consagrou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e construiu a perspectiva da universalidade do direito à saúde, segundo a qual o desenvolvimento da rede assistencial aplicado no Brasil gerava desigualdades regionais no acesso da população aos serviços, justificando amplamente a preocupação com a equidade no sistema de saúde, o que inspirou os debates constitucionais na ocasião da criação do SUS. (MENDES, 2013).

O reconhecimento da saúde como direito de cidadania e obrigação do Estado foi-lhe imposta a necessidade de superar o modelo previdenciário, em que os serviços eram prestados somente à parcela da população que já usufruía, restrito acesso a esses serviços públicos, operacionalizados por meio do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), os quais eram mantidos com recursos contributivos do trabalho.

A nova ordem constitucional de 1988, no vigor das bandeiras democráticas, pretendendo o contraponto às exceções promoveu clara opção por uma política universalizadora. Tal fato exigiu o desenvolvimento de um modelo assistencial em que o Estado, abrindo mão do antecedente da contribuição, poderia ampliar e universalizar o acesso à saúde, que dentro de um contexto mais geral já era considerado relevante direito humano social e, portanto, relativo a todo e qualquer indivíduo.

Esse movimento ideológico, jurídico e político de abandonar o modelo de atenção atrelado à previdência e evoluir em direção à assistência, ou seja, de implantar a matriz da universalização, usando para isso os mecanismos da descentralização e municipalização, gerou uma pergunta imediata: quem manteria o sistema diante da ampliação de seus usuários e quem arcaria com o impacto imediato trazido sobre as contas públicas?

Nesse ponto, insere-se a razão embrionária do planejamento, que está em otimizar os recursos, agora obrigados à matriz da universalização, para garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde. O discurso jurídico se apropria, então, da ferramenta da gestão (planejamento)

para operacionalizar concretamente o acesso às ações e serviços, ou seja, para atingir a assistência, que é o *telos* do sistema de saúde.

A gestão passa a ser reconhecida como ferramenta administrativa de natureza política. Assim, é imperioso questionar e analisar a forma jurídica do discurso político, além de conhecer e reconhecer a necessidade de uma estrutura normativa que permita os arranjos administrativos para a implementação efetiva e bem-sucedida do sistema. O planejamento em saúde é objeto da Constituição Federal de 1988, inerente a todas as esferas de governo, o que torna imprescindível que esse instrumento estratégico de gestão seja preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS. (BRASIL, 2009).

Portanto, desenvolve-se o presente artigo objetivando, por meio da revisão integrativa da literatura, analisar a planificação municipal, avaliando em que condições o processo ocorre, bem como apontar desafios e possibilidades ao seu fortalecimento.

## METODOLOGIA

Diversos estudos relacionados ao planejamento em saúde foram realizados desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 visando pesquisar e subsidiar a importância da planificação como instrumento e ferramenta de gestão no SUS.

Objetivando a sua sistematização, procedeu-se a busca de resumos empregando o operador booleano *and* na associação entre os descritores *Política de Saúde*, *Descentralização* e *Municipalização com Planejamento em Saúde*. As bases de dados definidas para as buscas foram: Lilacs, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), Google Acadêmico, Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o objetivo de obter um panorama geral das temáticas abordadas nesses trabalhos e dos resultados encontrados no que se refere ao planejamento em saúde, seus marcos metodológicos, desafios e importância para a gestão no SUS.

Foram selecionados trabalhos entre dissertações, teses e artigos científicos, além de apostilas institucionais do Ministério da Saúde-MS

(documentos públicos do PlanejaSUS), procurando-se delimitar em sua maioria os trabalhos científicos publicados no período de 2005 a 2015.

Para selecionar os estudos que fariam parte deste panorama, foi realizada a leitura de cada um e utilizado como critério de seleção aqueles que apresentassem objetivo(s) ou questão(ões) de pesquisa relacionados ao assunto da investigação proposta.

## REFERENCIAIS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

Descrito o modelo de ensaio investigativo, importa clarificar o marco teórico adotado para orientar a presente pesquisa. Nesse sentido, democracia deliberativa, participação socioinstitucional e individual são necessários vetores a serem acolhidos como esteio estruturantes, não apenas das condições discursivas, mas dos arranjos institucionais que permitam densificar no plano da práxis cotidiana o cumprimento dos princípios constitucionais de dignidade, de transparência, de eficiência e de efetiva inclusão social e responsabilidades compartilhadas decorrentes da forma de estado federativo e republicano.

Logo, o suposto teórico da luta pelo reconhecimento, dialogando com ação comunicativa, inspira a compreensão para além da tópica do posicionamento do cidadão no mundo.

## CENÁRIO NORMATIVO

O art. 198 da CF/88 define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes, entre elas a descentralização, com direção única em cada esfera de governo. (BRASIL, 2016) A *direção única* deve ser compreendida a partir da noção de autonomia dos entes federados em suas decisões e atividades, embora haja ações que se materializam no âmbito da pactuação, bem como em contraposição às direções múltiplas e desintegradas do sistema de saúde anterior, quando a divisão de funções e recursos se operava entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde. (BARATA et al. 2004).

Foram editadas as Leis 8.080/90<sup>6</sup> e 8.142/90, sedimentando a descentralização da gestão e das políticas da saúde no país como princípio organizativo do SUS. Para Spedo et al. (2009), “descentralização implica a transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, exigindo organização de novas estruturas administrativas”. Assim, a descentralização deve ser vista como um processo, implicando necessidade de cooperação técnica entre as esferas de governo e o aprimoramento da gestão do sistema nos municípios. Para os autores, “é necessário equilibrar a consolidação da capacidade de cada ente para executar novas funções e sua autonomia e interdependência”. (SPEDO et al., 2009)

Refletindo sobre o processo de descentralização, Machado, Cotta e Soares (2015) o consideram como uma “resposta para o desafio de se construir uma ordem democrática após os anos de autoritarismo do regime militar”, havendo a necessidade do desenvolvimento de capacidades nas pessoas envolvidas na gestão da saúde, que foi planejada para contribuir com a garantia dos direitos sociais.

Dez anos após a edição da Lei 8.080/90, a sua regulamentação pelo Decreto nº 7.508/11 imprimiu nova conformação para a descentralização, organizando a rede em níveis crescentes de complexidade<sup>1</sup>, promovendo a criação de regiões de saúde com a parceria entre os municípios, reguladas pelo Contrato Organizativo de Ação Pública<sup>2</sup> (COAP). O Decreto 7.508/11 e a Lei Complementar 141/12 inseriram o planejamento na centralidade da agenda da gestão (BRASIL, 2011).

## **A DESCENTRALIZAÇÃO COMO EXERCÍCIO DIALÉTICO DO FEDERALISMO**

A descentralização das ações governamentais vem sendo observada em diversos países, mas, segundo Silva et al. (2007) os resultados estão relacionados a fatores sociais, políticos e estratégicos, sendo o mais importante deles o aumento na oferta de serviços e na participação popular. Os autores apresentam um conceito de descentralização com base na NOB-96, segundo a qual ela pode ser entendida como a “transferência do poder administrativo e técnico do âmbito federal para o municipal,

formalizada por meio da habilitação na gestão plena do sistema municipal” (SILVA, et al. 2007)

Os autores ainda explicam que é no espaço do município que a descentralização se efetiva por meio de seus três componentes: projeto de governo (proposições), capacidade de governo (recursos) e governabilidade (condições), fortalecendo o poder local, uma vez que pode resultar na melhor organização dos serviços de saúde, aumentando acesso e cobertura. Nesse mecanismo, a participação popular se insere como meio de aproximação da gestão das necessidades da população, melhorando a capacidade de intervenção no sistema. (SILVA, et al. 2007).

Os princípios do SUS fixados na CF/88 e detalhados nas Leis 8080/90 e 8142/90 são resultantes, para Barata et al (2004) de um “processo histórico que buscava interferir nas condições de saúde da população”. Os autores propõem que a descentralização é princípio organizacional, pois pretende permitir o cumprimento das diretrizes do SUS, e consiste em uma reação à estrutura anterior da assistência à saúde, extremamente concentradora e autoritária, inadequada para complexidades da realidade do país. Por fim, os autores prescrevem que somente a descentralização poderia permitir uma maior participação dos interessados na formulação das políticas e implementação das ações e serviços de saúde, adaptados às diferentes regiões e realidades de saúde. (BARATA, et al. 2004). Nesse contexto, emerge contingencialmente um segundo conceito, a municipalização da saúde, que por certo amolda-se à concepção do pacto federativo.

O texto constitucional definiu o município como ente federado (Arts. 1º e 18, da CF/88), estabelecendo como competência municipal o atendimento à saúde da população com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados (art. 30, VII) (BRASIL, 2016).

A CF/88 adotou o princípio da descentralização com vistas a garantir condições técnicas para a municipalização da gestão em saúde. (MACHADO; COTTA; SOARES, 2015). Se a descentralização é um processo, verifica-se que gera um produto e tem um propósito, quais sejam: a municipalização, que transfere para as cidades a responsabilidade; e, os recursos necessários para o exercício de ações, como planejamento e execução, ao tempo em que reconcilia a autonomia dos entes federados. (VILASBOAS; PAIM, 2008).

Aprofundando o tema é necessário considerar o Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde e as Normas Operacionais Básicas 93 e 96.

O relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992 e cujo tema era “Municipalização é o caminho”, declarou que a transferência de unidades e serviços de saúde para os municípios ocorrida no processo de municipalização deveria ser acompanhada dos recursos correspondentes que permitissem seu pleno e adequado funcionamento. Pelo relatório, depreende-se que “a municipalização ultrapassa o repasse direto de recursos e implica a gestão efetiva e o controle social, devendo ser um instrumento de democratização” (UNB, 1992).

A NOB SUS 93 criou três formas de gestão (incipiente, parcial e semiplena) e somente em uma delas era reconhecida a responsabilidade e o controle da gestão aos municípios (semiplena). Essa norma ainda criou as comissões intergestoras e a transferência de recursos fundo a fundo, conforme o tipo de gestão. (BRASIL, 1993)

A NOB-SUS 96 reforçou a política de descentralização, atribuindo ao gestor municipal a responsabilização pela situação de saúde da população do seu território, implicando o dever de diagnosticar, organizar e desenvolver as ações do sistema municipal. Pela NOB 96, a gestão municipal passou a ser Plena do Sistema de Saúde Municipal e Plena de Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 1996). Para Barata et al (2004), a “NOB 96 trouxe avanços no financiamento e na gestão, aportando incentivos para áreas estratégicas do sistema e aumentando a transferência de recursos fundo a fundo”.

Avaliando a NOB-SUS 96, Barata et al (2004) relembra que no texto legal, ao lado das vantagens da responsabilização do gestor municipal, está a indicação do risco da atomização desordenada de partes do sistema, permitindo desigualdade de desenvolvimento entre os municípios, ameaçando a unicidade do SUS. Para os autores, a falta de articulação regional<sup>3</sup>, com desperdício de recursos e ineficiência assistencial, leva a crer que os avanços da hierarquização e da regionalização da rede de serviços do SUS não acompanharam adequadamente o processo de municipalização. (BARATA et al. 2004).



## **A LUTA POR RECONHECIMENTO: *INCLUSÃO VS. ARTICULAÇÃO SETORIAL***

Os sujeitos humanos devem sua identidade à experiência de um reconhecimento intersubjetivo, de forma que as relações de cooperação da coletividade são reguladas por normas sociais. E um desses padrões de reconhecimento se dá pelo Direito, ou seja, no Estado (coletividade) *os sujeitos humanos* devem estar seguros do cumprimento social de algumas de suas pretensões. (HONNETH, 2009).

O Estado é protagonista em condicionar, na esfera pública, o espaço de reconhecimento jurídico do indivíduo e deve articular a diminuição das desigualdades e a erradicação da pobreza impostas, adotando medidas: a) para densificar o pacto federativo da forma de estado; b) de natureza estruturante, que permitam o acesso efetivo da população ao sistema de saúde; c) para a transferência de tecnologias e saberes, tendo em vista sua capacidade de mobilizar recursos humanos; d) para consolidar a cidadania na luta pelo reconhecimento; e) a fortalecer na alteridade a natureza preponderante das múltiplas identidades, pelo benefício da aderência da unicidade da identidade do sujeito constitucional; f) para a ampliação do protagonismo dos municípios, por meio do reforço das competências e atribuições constitucionais no nível estruturante.

Objetivando aprimorar o processo de descentralização, o Ministério da Saúde editou a NOAS-SUS 2001, que foi reeditada em janeiro de 2002, propondo a implementação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), para organizar uma rede hierarquizada<sup>4</sup> e regionalizada. O PDR define área geográfica, fluxos e pactuações entre os gestores, que se daria por meio de uma Programação Pactuada Integrada (PPI) (19). Para alguns autores, a NOAS aumentou a capacidade do gestor, trazendo benefícios para o Sistema de Saúde. Como exemplo, Barata et al. (2004) cita como vantagem o reconhecimento do plano regional como unidade de planejamento assistencial.

A municipalização é uma estratégia a ser operacionalizada com o desenvolvimento da capacidade local de coordenar os recursos disponíveis para a gestão do sistema, tornando-se fundamental a participação de todos os atores sociais. (CORIOLANO, 2010). Se considerado o conceito

de gestão, de acordo com a NOB 96, ver-se-á que nele estão incluídas as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema de saúde.. (BRASIL, 1996). Nesse ponto, um terceiro conceito fundamental se insere: o planejamento em saúde.

Cabe ao município o planejamento em saúde em âmbito local. Mas, o que significa planejamento em saúde? Quais a importância, os desafios e as possibilidades do planejamento em saúde para os municípios brasileiros? (BRASIL, 2002).

As Portarias GM-MS 399/2006 (BRASIL, 2006a), que instituiu o Pacto pela Saúde, e GM-MS 699/2006 (BRASIL, 2006b), que regulamenta as diretrizes do Pacto de Gestão, determinaram que o processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão, baseado nas responsabilidades de cada ente. Segundo essas portarias, o Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, os eixos são a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde. (BRASIL, 2009).

O Pacto pela Saúde estabelece pontos prioritários de pactuação para o planejamento, dentre os quais destaca-se a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão (BRASIL, 2006a).

O sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize sua planificação, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais. (BRASIL, 2006a). As esferas de gestão devem buscar a pactuação e promover a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2006c).

Assim, o planejamento é parte essencial do marco legal do SUS, inclusive com a indicação de processos e métodos de formulação, constituindo-se como obrigação, necessidade, ferramenta e requisito para o repasse de recursos e controle do sistema de saúde (BRASIL, 1990a). O planejamento

das ações de saúde é ascendente<sup>5</sup>, do nível local até o federal, e não pode prescindir da oitiva de seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. É elemento fundamental para o aprimoramento da gestão, englobando ações desde o processamento do problema até a definição dos recursos e cronograma de execução. (BRASIL, 1990a).

A lei estabeleceu a necessidade da elaboração de Planos de Saúde para todas as esferas, devidamente submetidos aos Conselhos de Saúde, e que deveriam ser utilizados para a programação de saúde a ser contemplada nos respectivos orçamentos. (VIEIRA, 2009).

Rivera (2016) realizando revisão histórica, afirma que o planejamento em saúde surgiu na América Latina na década de 1960 sob a influência da teoria desenvolvimentista da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) e foi criado pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES), com o apoio da OPAS. Com a aprovação do primeiro plano decenal de saúde e a estruturação do método OPS/CENDES, foi estabelecido o marco teórico da formulação das políticas sanitárias para diversos países. (GONZALES, 2009). Já na década de 1980, surgiu na Europa o método da Nova Gerência Pública, que foi incorporado ao planejamento governamental no Brasil (RIVERA, 2016).

Verifica-se nos estudos de Rivera (2016) que o método OPS/CENDES possui enfoque normativo - inspirado no planejamento econômico e tem a eficiência do sistema como premissa - cedendo espaço para um enfoque estratégico, incorporando a racionalidade política e retomando a problemática da planificação social. Segundo o pesquisador, os dois maiores expoentes dessa corrente são Carlos Matus e Mário Testa. Entre as elaborações existentes para o enfoque estratégico, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido por Carlos Matus - tem sido muito utilizado nas experiências de planejamento no Brasil. (CARVALHO, 2014). Até os anos cinquenta o planejamento em saúde estava fundado na clássica teoria administrativa<sup>6</sup> e nos anos setenta surgiu a estruturação do modelo SWOT<sup>7</sup> e do planejamento estratégico. (GONZALEZ, 2009).

Nos anos noventa, países como Canadá e Reino Unido desenvolveram o planejamento em saúde com base na participação social,

culminando com o desenvolvimento do Método Altadir de Participação Popular (MAPP)<sup>8</sup>.

Gonzalez (2009) resume a evolução do planejamento, dividindo-o em três momentos:

[...] em saúde, no contexto latino-americano, podem identificar-se três etapas do desenvolvimento do planejamento em saúde. A primeira, motivada pela Carta de Punta del Este e as concepções econômicas da época, na qual a saúde se incorpora ao planejamento do desenvolvimento, criando-se um método próprio. O método nasce com os escassos elementos estratégicos de seu tempo, aprimorando aspectos operativos de avaliação e programação, que se enriquecem com a discussão sobre formulação de políticas de saúde. Uma segunda, originada na meta de Saúde para Todos no Ano 2000, que dá lugar a um empreendimento da OMS e outro regional, que apoiados com os aportes de Testa e Matus, vão trazer à saúde um arsenal metodológico atualizado, orientado ao cumprimento da meta e seus componentes. Isto colabora para mudar concepções em saúde e desenvolver o marco estratégico, que conferirá flexibilidade, adaptabilidade e interatividade ao planejamento sanitário. Uma terceira, em que a Carta de Ottawa e os avanços da teoria dos determinantes apoiarão iniciativas para planejar estrategicamente a saúde com novos aportes sobre a gênese e a abordagem da saúde

Vieira (2009) e Carvalho (2014) por sua vez, registram os níveis de tomada de decisão no planejamento em três autores: a) Mintzberg, segundo o qual existem dois níveis para o planejamento, o estratégico e o tático operacional; b) Matus, para quem existem quatro momentos, o explicativo, normativo, estratégico e o tático-operacional; e c) Testa, para quem só existem duas partes, o diagnóstico de saúde e as propostas programático-estratégicas. Com base nesses expoentes, os autores concluem que o Plano de Saúde (PS) é obtido com base no planejamento estratégico e que a Programação Anual de Saúde (PAS) é obtida por planejamento tático-operacional.

As vantagens do PES, para Carvalho (2014) refere-se ao fato de que possui relevância em nível local, utilizando o conceito de *situação*, e “permite o desenvolvimento de ações pertinentes às reais necessidades de saúde de determinada população”.

Considerando que cabe ao Município a atenção à saúde da população, nasce a necessidade de que esse ente federado faça planejamento

e administre a rede de serviços de saúde em seu território. Com isso, a Lei 8080/93 determinou em seu art. 36 que o município deve elaborar um Plano Municipal de Saúde (PMS), que será a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. (BRASIL, 1990a).

A elaboração de planos municipais de saúde, retomando os estudos de Coriolano et al. (2010), além de obrigação legal, necessidade e ferramenta, constitui requisito crucial para o repasse dos recursos e para o desenvolvimento do território. Todavia, é necessário “desenvolver métodos para a prática da gestão do sistema”

A necessidade do desenvolvimento de métodos e ferramentas para orientar o planejamento em saúde levou o Ministério da Saúde a criar o Sistema Nacional de Planejamento (Planeja SUS), com o propósito de coordenar as atividades entre as esferas de gestão e propor eixos para a elaboração dos Planos de Saúde (VIEIRA, 2009). Além disso, a Portaria GM-MS 548/2001 aprovou orientações gerais para a elaboração e aplicação dos principais instrumentos de planejamento: o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório de Gestão (RAG) (BRASIL, 2006c).

Vieira (2009,) afirma que:

[...] o PS é o instrumento que, a partir da análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, sendo estruturado em objetivos diretrizes e metas. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções do PS e o RAG apresenta os resultados alcançados com a execução do PAS.

## **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: IMPORTÂNCIA, DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

O Plano Municipal é o instrumento que integra a formulação dos Planos Estaduais e Nacional e serve de base à elaboração da Programação Anual e do Relatório de Gestão do Município, que conformará o Relatório Estadual e Nacional, objetivando a construção da rede regionalizada e hierarquizada dos serviços preconizada pelo art. 198 da Constituição Federal. (BRASIL, 2016).

Assim, o Plano Municipal de Saúde conforma um instrumento fundamental não só para a gestão do sistema dos municípios, mas referenciando o planejamento em âmbito estadual e federal.

A sua importância deve-se ao fato de que o Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção, de modo a garantir a integralidade preconizada na legislação que normatiza o SUS (BRASIL, 2013; SILVA, 2013). É um dos instrumentos de planejamento mais importantes, que a partir da análise situacional apresenta as intenções e resultados a serem alcançados ao longo de quatro anos, sendo estruturado em objetivos e metas, objetivando a operacionalização das ações da Programação Anual de Saúde-PAS e do Relatório Anual de Gestão-RAG. (VIEIRA, 2009).

Dialogando com a diretriz de descentralização e em atenção à NOB-SUS 01/96, os municípios devem responder a determinados requisitos, sendo o principal deles a apresentação do Plano Municipal de Saúde. (BRASIL, 1996) A Lei 8.142/90 determinou que no Plano devem constar as propostas de atenção à saúde que estarão baseadas nas diretrizes para a formulação da Política de Saúde do município advindas da Conferência Municipal de Saúde. (BRASIL, 1990b).

Segundo o Pacto pela Gestão, entre os objetivos do Sistema de Planejamento do SUS está a pactuação de diretrizes gerais para o processo de planejamento e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão, formulando metodologias e modelos básicos dos instrumentos necessários para a implementação da cultura de planejamento e sua legitimação como instrumento estratégico de gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

A Portaria 2.135/2013, que revogou as portarias 3.085/2006 e 3.332/2006, conceitua em seu art. 3º que o Plano de Saúde é instrumento central de planejamento para definição e implementação da estratégia de gestão do SUS para cada esfera, pelo período de quatro anos, devendo explicitar os compromissos do governo para o setor saúde e refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. (BRASIL, 2013).

As ações e serviços de saúde no município necessitam ter como base o Plano Municipal de Saúde, com estratégias sobre a política de saúde local construídas a partir das necessidades em saúde da população. Para

Mottin (1999) sua construção é compulsória, mas deve ser vista como um direito do município de planejar as ações conforme suas necessidades. Vieira(2009) por sua vez, propõe um roteiro para a elaboração do Plano de Saúde: a) identificação; b) análise situacional; c) problemas; d) objetivos e metas; e) recursos; f) conclusões. A pesquisadora ainda sugere três eixos norteadores para a elaboração do PS: “a) condições de saúde; b) determinantes e condicionantes de saúde; c) gestão em saúde”.

Vieira (2009) faz uma crítica ao tipo de planejamento realizado no Brasil, pelo escasso envolvimento dos profissionais de saúde, o que, segundo o autor, leva a um distanciamento entre o planejado e os resultados. Entre os estudos de Carvalho (2014) há a informação de que um número muito reduzido de profissionais está empenhado no planejamento nos municípios brasileiros, de forma que nem sempre é constituída uma equipe própria da área de planejamento

Paim (2006), por sua vez, adverte que o excesso de normatização característico do SUS, além do condicionamento do planejamento ao recebimento de recursos, leva a um comportamento ritualístico, formal, sem compromisso com a real solução dos problemas.

Carvalho (2014) também considera em sua pesquisa que o processo de planejamento no Brasil tem se resumido a práticas meramente normativas, as quais nem sempre conseguem subsidiar os enfrentamento das situações de saúde postas no cenário social, administrativo ou epidemiológico. Carvalho (2014) adverte que ainda existe falta de transparência dos Planos de Saúde, que quase sempre não estão disponíveis nos sites dos municípios, e que na sua confecção demonstra um distanciamento entre este instrumento de gestão e a programação orçamentária no nível da saúde.

Nesse sentido e com base nos estudos dos autores pesquisados é que se pode apontar como desafios para a planificação em saúde: a) falhas na integração; b) desconexão com o orçamento público; c) burocratização; d) excesso de normatização; e) falta de transparência; f) carência de recursos humanos, infraestrutura e atualização contínua nas técnicas e métodos do planejamento. (BRASIL,. 2006d).

Considerando os desafios encontrados pelos municípios, o Ministério da Saúde e algumas Secretarias Estaduais de Saúde, no contexto de implantação do Sistema de Planejamento do SUS, editaram documentos

ou manuais sobre como elaborar um plano municipal de saúde, como forma de colaborar e apoiar os trabalhos das secretarias municipais no aprimoramento da gestão.

Contudo, para que o planejamento nos municípios tenha êxito são necessárias algumas condições. Com base na literatura selecionada, indica-se que a primeira delas é o reconhecimento pelos gestores de que o planejamento deve ser adotado como instrumento estratégico para a gestão do SUS, (BRASIL, 2006c) e não apenas como obrigação formal, desconectada dos compromissos institucionais. (BRASIL, 2006<sup>a</sup>; BRASIL, 2007).

Segundo Vilasboas e Paim (2008) e Carvalho (2014) no Brasil há uma insuficiência de estudos empíricos que possam revelar limites e possibilidades da incorporação de práticas de planejamento para a implementação de políticas de saúde de âmbito municipal. Mas o estudo de caso apresentado pelos autores apontou uma ritualização das práticas de planejamento, com evidente burocratização, figurando um “exercício de retórica”, com pouca repercussão sobre as práticas de gestão. (VILASBOAS; PAIM, 2008).

Outra condição importante é a busca de respaldo material para o planejamento, que só pode ser encontrado quando este é realizado a partir das reais necessidades de saúde da população, com o apoio de todos os envolvidos, sejam do Estado, de instituições ou da sociedade civil. Para Pauli (2013), a resolução dos problemas em saúde depende de atores governamentais e não governamentais, pois as políticas públicas são aglomerados de atores, instituições, processos e resultados.

O sistema de saúde observa um modelo desenhado a partir da conformação federativa nacional, preconizando que o planejamento consiste na base técnica do processo de regionalização. (UNB, 1992). Então, avaliar as possibilidades do planejamento consiste em considerar as possibilidades da efetivação da regionalização prevista na CF/88, considerando a interdependência entre os entes federados.

A distribuição das atribuições entre os entes federativos para o desenvolvimento das políticas de saúde constitui o modelo de relações intergovernamentais fundamentado na concepção do federalismo cooperativo, criando possibilidades de articulação intersetorial e intercameral



no planejamento em saúde no Brasil. Essa articulação tem por base a configuração institucional da gestão no SUS, que “é composta por instâncias e mecanismos oficiais de compartilhamento de poder”, e tem se dado nos fóruns de negociação e pactuação, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (BRASIL, 2016).

O objetivo primordial do planejamento é a concretização da regionalização, fase essencial à democratização do acesso à saúde no país. A regionalização, por sua vez, deve ser estruturada por meio do princípio da integralidade, o qual deve nortear as ações e serviços de saúde no país. (PAULI, 2013). Ou seja, pela regionalização aumenta-se o acesso tendo como fim a integralidade. E para isso, mecanismos de integração dos entes federados foram formatados, entre eles os consórcios municipais nos serviços de saúde.

Teixeira et al.(2003) afirmam que “o consórcio intermunicipal de saúde é uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas contíguas que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços especializados” constituindo-se em forma inovadora de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

O consórcio intermunicipal na área da saúde é utilizado como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, possibilitando a viabilização financeira de investimentos e contribuindo para a superação de desafios locais no processo de implementação do Sistema. (BRASIL, 1997).

As novas formas de gestão do SUS que impactem positivamente os planos municipais de saúde devem estar baseadas em ações intersetoriais que objetivem alcançar a integralidade preconizada na legislação brasileira (TEIXEIRA et al.2003), possa realizar efetiva melhoria nas ações de promoção da integralidade e concretização do direito à saúde, determinado pela CF/88 (PAULI, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Alcançando o status etário balzaquiano, o SUS – Sistema Único de Saúde, pensado como sistema articulado de gestão compartilhada, tem demonstrado os ganhos sociais e institucionais, possibilitados sobretudo

pela capilaridade da oferta dos serviços na concentração, localizada, pelos critérios de atenção básica, média e alta complexidade, como fator de otimização dos recursos. Contudo, ao tempo em que compartilhar importa em universalizar, também, as responsabilidades, traduz-se em um risco, e em concreto, em sua maior fragilidade, porquê o controle que deveria ser mais presente, torna-se mais diluído, e muitas vezes ineficiente.

Estruturado no modelo federalista, em que as responsabilidades, os poderes, as competências se veem compartilhadas, o SUS, ao longo dos anos, também tem padecido de uma anomia quanto a efetiva oferta dos serviços de saúde por todos os entes da federação. Como? Baixo investimento, e, a transferência de responsabilidades sem a contrapartida da transferência de recursos— O mote do investimento nos municípios com baixa densidade populacional e satélite de um outro município mais desenvolvido, nada mais é do que a ambulância.

A falta de uma articulação interinstitucional da sociedade civil com setores públicos, somado à ausência de participação nos processos deliberativos, bem como agravado pela insipiente planificação das ações e dos serviços de saúde, resultam no cotidiano sentimento de ineficiência e de desserviço à população.

Se por um lado o Estado é protagonista em condicionar, na esfera pública, o espaço de reconhecimento jurídico do indivíduo e, tem o dever de articular a diminuição das desigualdades e a erradicação da pobreza impostas, adotando medidas, como aquelas para densificar o pacto federativo da forma de Estado, para transferir tecnologias e saberes, para consolidar – efetivamente - a cidadania na luta pelo reconhecimento, fortalecendo na alteridade a natureza preponderante das múltiplas identidades, tem, sobretudo, o dever imperativo de propiciar transparência a todo processo decisório na aplicação dos recursos públicos, sem o quê, a publicidade enquanto esteio constitucional resulta pálida e desfigurada, abrindo um espaço aos processos de corrupção institucionalizados.

Planejamento é, na perspectiva instrumental e estratégica aqui adotado, ferramenta a combater a improbidade e para densificar o direito à informação, dando nova dimensão à publicidade dos atos de gestão na área da saúde, inclusive.

## NOTAS

- <sup>1</sup> A organização da prestação da assistência no SUS é baseada nos princípios da regionalização e da hierarquização, dispondo as ações e procedimentos em dois blocos: a atenção básica e as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. A atenção básica é o primeiro nível da atenção à saúde no SUS. Conforme cresça a complexidade da assistência na prática clínica, há a demanda por disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos próprios de outro nível de atenção. O paciente é atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico.
- <sup>2</sup> O COAP é o instrumento empregado pelos entes federados para contratualizar as metas a serem obtidas em uma Região de Saúde e as ações de responsabilidade de cada uma das três esferas de governo.
- <sup>3</sup> A quem compete provocar o arranjo de articulação entre os entes? Razão assiste aos autores, porque a falta ou deficiência de articulação não se deve à ausência de norma, mas a uma anomia política.
- <sup>4</sup> O SUS **hierarquiza** o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatoriais de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários). O modelo SUS de hierarquização do sistema garante ao cidadão acesso aos serviços do sistema público de saúde - desde o mais simples até o mais complexo -, de acordo com as reais necessidades do tratamento.
- <sup>5</sup> O planejamento deve ser considerado descendente no seu aspecto normativo, que compreende a hierarquia constitucional e impõe a observância de regras do ápice do ordenamento jurídico brasileiro em direção a todo e qualquer instrumento a ser utilizado na administração pública.
- <sup>6</sup> A teoria da administração científica, segundo Matos e Pires <sup>28</sup>, fundamenta-se na aplicação de métodos da ciência positiva aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade. Segundo as autoras, influenciou a organização e gestão dos serviços de saúde com ênfase no “como fazer”, na divisão do trabalho em tarefas, na excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, fragmentação da assistência, dentre outros.
- <sup>7</sup> Sigla dos termos ingleses Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças), metodologia popular no âmbito empresarial
- <sup>8</sup> O MAPP, segundo De Toni et al <sup>29</sup>, é um método alternativo de planejamento estratégico e prespõe a análise da realidade social como um jogo criativo, dinâmico e de final aberto.

## REFERÊNCIAS

BARATA LRB, et al.. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília: v.13 n. 1, p.15-24, 2004.

BRASIL.(1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2016.

\_\_\_\_\_. 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. (Série B.). Textos Básicos de Saúde.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei 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, 28 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993. *Aprova a Norma Operacional Básica – SUS 01/93*. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 maio 1993, Seção 1

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2203, de 5 de novembro de 1996. *Aprova a Norma Operacional Básica – NOB/96*. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 nov. 1996, Seção 1.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 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 [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 fev. 2006a. Seção 1, 43-51.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 699/GM de 30 de março de 2006. *Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão*. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 mar. 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**. Uma construção coletiva. Organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2135/GM, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 set.2013. Poder Executivo, n. 187., Seção I. p. 60.

\_\_\_\_\_. 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. Brasília, 31 dez. 1990b

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Portaria 2.290, de 13 de dezembro de 199. Institui os procedimentos e mecanismos para regulamentar e sistemática de planejamento para o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 dez. 1991, Seção I, 29044.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O Consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Organização e Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**. Brasília: Ed do Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138p.

CARVALHO, Elisa Maria Ramos. **Usos e “desusos” do planejamento**: uma análise sobre planos municipais de saúde. (Dissertação). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2014

CORIOLO M.W.L et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p. 2447-2454 2010.

DE TONI, J., SALERNO, G., BERTINI, L. Uma abordagem estratégica no planejamento de grupos: o Método Altadir de Planejamento Popular — MAPP. In: JACQUES, MGC., et al. organizadores. **Relações sociais e ética**. Rio de Janeiro:

Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 140- 150. Disponível em:<<http://books.scielo.org>.> Acesso em: 05 maio 2016.

GONZALEZ, M.M.L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14 Supl, 1, p.1587-1597, 2009.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. 2 ed. São Paulo: Ed. 34, 2009. 296p.

MACHADO JC, COTTA RMM, SOARES JB. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface**, Botucatu, SP: v.19, n.52, p.150-70, 2015.

MATOS, Eliane, PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.15, n. 3, p. 508-514set. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072006000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000300017&lng=en&nrm=iso).> Acesso em: 05 maio 2016.

MENDES, K.R. **Curso de Direito da Saúde**. São Paulo: Saraiva; 2013.

MOTTIN, LM. **Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 159 p.

NEUNER, Jörg. Os Direitos Humanos Sociais. In: SARLET, IW, (Org.) **Jurisdição e Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. p. 145-168.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Vagner. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PAULI LTS. A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal. **Cad. IberAmer Direito Sanit.**, Brasília, v.2, n.2, p. 578-594, jul./dez. 2013.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Planejamento em Saúde**. Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>.> Acesso em 08 abr. 2016

ROSENFELD, Michael. **A identidade do sujeito constitucional**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2004.

SPEDO SM, et al.. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.25, n.8, p. 1781-1790 2009.

SILVA L.M.V et al. Análise da Implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.355-370, 2007.

SILVA OJB. A regulação do planejamento público e o conselho municipal de saúde. **Cad. IberAmer Direito Sanit.**, Brasília, v. 2, n.2, jul/dez. 595-608, 2013:

TEIXEIRA, Luciana; MAC DOWELL, Maria Cristina; BUGARIN, Maurício. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. **Rev. Bras. Econ.**, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p.253-281, mar. 2003. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034\\_71402003000100011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034_71402003000100011&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 05 maio 2016

UNB. Universidade de Brasília. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: UnB, 1992.

VIEIRA F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasília, v.14, n.1, p.1565-1577, 2009.

VILASBOAS A.L.Q; PAIM J.S. Práticas de planejamento e implementação de políticas em âmbito municipal. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1239-1250, 2008.

Artigo recebido em: 26-1-2017

Artigo convidado.

### **Cassius Guimarães Chai**

Doutorado em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais e pela Cardozo School of Law - Yeshiva University (2006); mestrado em Direito Constitucional pela Universidade Federal de Minas Gerais (2001) e Visiting Research Scholar Cardozo School of Law, 2003. Estudos Doutorais e de pós-doutorado em Derecho Administrativo de la Sociedad del Conocimiento - Universidad de Salamanca, 2007 a 2010; estudos pós-doutorais e Visiting Professor, guest of Legal Department of Central European University - Hu, 2007; professor Titular da Escola Superior do Ministério Público do Maranhão (ESMPMA); professor Adjunto III da Universidade Federal do Maranhão, titular do programa de pós-graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça; membro-professor da International Association of Constitutional Law; Membro da ESIL - European Society of International Law; Participante do Movimento de Combate a Corrupção Eleitoral e Administrativa; Promotor de Justiça do Ministério Público do Maranhão - concurso de 1995; e, membro da International Association of Prosecutors, 2003. E-mail: cassiuschai@hotmail.com

Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça.  
Rua do Sol, 117. Centro. São Luís, Maranhão.

### **Ilma Paiva Pereira**

Mestranda em Gestão de Programas e Serviços de Saúde pela Universidade CEUMA. E-mail: ilmapp@uol.com.br

Universidade CEUMA. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde.  
Rua Josué Montello, nº 1, Lote Bela Vista – Renascença II. Campus Renascença.  
CEP: 65.075-120 / São Luís – MA