

Espaço da Gestão

Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública

Tema

Políticas Públicas em Saúde

Consultora

Patrícia Lucchesi

BIREME/OPAS/OMS

Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

Biblioteca Virtual em Saúde / Saúde Pública Brasil

Projeto: Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública – ITD

POLITICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PÚBLICA

Patrícia T. R. Lucchese (coord.)

Apoio:

FIOCRUZ Comitê Consultivo BVS Saúde Pública Brasil:Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz – / ABRASCO / Faculdade de Saúde Pública – USP / BIREME / OPAS / OMS

Instituições do Grupo Focal: Ministério da Saúde / OPAS/Brasil / CONASEMS / CONASS / data ABRASCO / Faculdade de Saúde Pública – USP / Secretaria de Saúde de Belo Horizonte / Secretaria de Saúde de Marília / Secretaria de Saúde de Porto Alegre / Secretaria de Saúde de Recife / Secretaria de Saúde de Sobral / BIREME

São Paulo
Dezembro de 2002

Lucchese, Patrícia T. R.

Políticas públicas em Saúde Pública / Patrícia T. R. Lucchese, coord., Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

p.

1. Saúde pública- políticas. I. Aguiar, Dayse Santos. II. Wargas, Tatiana III. Lima, Luciana Dias de. IV. Magalhães, Rosana. V. Monerat, Giselle Lavinias. VI. Título.

CDU
CDD

SUMÁRIO

SOBRE O PROJETO ITD	3
1 DESCRIÇÃO INTRODUTÓRIA AO TEMA	4
2 PERGUNTAS MAIS FREQUENTES.....	10
2.1 Políticas Públicas e Saúde.....	10
2.2 Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais	63
2.3 Desenvolvimento Social e Promoção da Saúde	117
3 GLOSSÁRIO	137

SOBRE O PROJETO ITD

O espaço dedicado à gestão na Biblioteca Virtual em Saúde Pública Brasil visa facilitar a operação de fontes de informação organizadas segundo temas de interesse e seleção de especialistas.

Por tratar-se de iniciativa pioneira no Brasil, seja por seu objetivo e concepção, seja pela metodologia empregada no seu desenvolvimento, o espaço está opera através de um site na BVS SP denominado Informação para Tomadores de Decisão que tem implementação dinâmica e progressiva.

Mais um passo no âmbito da cooperação técnica para o fortalecimento da gestão em saúde pública, se alinha aos esforços de uma rede de instituições nacionais e internacionais para ampliar o acesso à informação e ao conhecimento, recurso estratégico no mundo contemporâneo.

Os gestores, dirigentes e profissionais da saúde, nas mais diferentes e distantes localidades do país, são o público alvo do site ITD o qual se projeta como uma ferramenta útil para seu trabalho cotidiano e esperamos que se juntem à rede de cooperação, enriquecendo esse espaço com suas experiências e sugestões.

A participação de todos é essencial e as contribuições serão sempre muito bem-vindas.

Abel L. Packer, Diretor BIREME/OPAS/OMS
Dayse S. de Aguiar, Coordenadora do Projeto ITD,
BIREME/OPAS/OMS

1 DESCRIÇÃO INTRODUTÓRIA AO TEMA

Patrícia T.R.Luchese [□]

Dayse Santos de Aguiar [□]

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do **regime político** e com o nível de atuação e participação dos diferentes **atores sociais**.

As políticas públicas em saúde pública integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de **universalidade** e **equidade** no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de **descentralização** da gestão, de **integralidade** do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

A Constituição da República Federativa do Brasil, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

[□] Pesquisadora-Adjunta do Departamento de Ciências Sociais da ENSP/FIOCRUZ. Psicóloga, especialista e mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

[□] Coordenadora-Geral do Projeto Informações de Apoio a Tomadores de Decisão – ITD da BIREME.

As políticas públicas se materializam através da ação concreta de **sujeitos sociais** e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, a análise dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes.

No contexto da realidade brasileira, transcorridos 12 anos desde a promulgação da Constituição, cabem, então, as seguintes indagações: os cidadãos brasileiros têm acesso às ações e serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas, ou ainda existem restrições e barreiras importantes de acesso? As ações e serviços estão sendo planejados e programados de acordo com as necessidades de saúde da população e com as condições de saúde da realidade local? Os recursos que estão sendo mobilizados para o enfrentamento dos problemas de saúde, estão sendo mobilizados da forma mais adequada? Se estão, são suficientes? É possível identificar ganhos de equidade e qualidade no atendimento ao cidadão? A atuação setorial tem produzido impactos significativos na melhoria das condições de saúde da população e na qualidade do ambiente?

Estas e outras questões, ainda que de difícil resposta pela variedade de fatores que influenciam direta ou indiretamente a política de saúde e devem ser levados em conta, não podem deixar de preocupar permanentemente os gestores do SUS no processo de tomada de decisão. Assim, devem fomentar o diálogo e a negociação entre os diferentes **atores setoriais** em todos os lugares deste imenso país, e pressionar a transformação qualitativa dos processos de gestão não apenas para a efetividade da política de saúde, mas também para o alcance de objetivos mais amplos orientados ao desenvolvimento social, tais como os de:

- reduzir as enormes desigualdades sociais e de saúde cada vez mais evidenciadas nos processos simultâneos de globalização e descentralização;
- fortalecer o exercício ético e eficaz da gestão governamental na busca de novas formas de organização administrativo-institucional da ação do **Estado** com maior participação social;
- criar mecanismos de coordenação intra-setorial eficientes para incorporar todos os cidadãos excluídos dos benefícios sociais disponíveis;

- promover a harmonia entre políticas econômicas e sociais e estabelecer parcerias intersetoriais para a produção de iniciativas que produzam impacto sobre as condições de saúde da população;
- fortalecer a competência dos diversos atores sociais para uma atuação orgânica e consistente nos processos de definição, implementação e avaliação da agenda de prioridades governamentais e na formulação de projetos alternativos, sobretudo daqueles com responsabilidade direta sobre a condução da política setorial, como são os gestores da saúde.

Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo mudanças significativas no desenho e formulação da política de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório.

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, afetou as relações de poder político e a distribuição de responsabilidades entre o Estado, a sociedade e os distintos níveis de governo – nacional, estadual e municipal, onde os gestores da saúde assumem papel fundamental para concretizar os princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Nesta perspectiva foram instituídos os **Conselhos de Saúde** em cada esfera de governo, a **Comissão Intergestores Tripartite** na direção nacional do Sistema Único de Saúde e as **Comissões Bipartites** na direção estadual, além do fortalecimento dos órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços – o **CONASS** (Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde) e o **CONASEMS** (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

Pode-se dizer, portanto, que os gestores públicos e a sociedade contam com vários canais para o estabelecimento de um novo pacto social para a melhoria da saúde da população brasileira.

Dentre os grandes desafios que o debate político no campo da saúde vem delineando para para a sociedade brasileira nos próximos anos, pode-se destacar:

- o desafio de garantir a coexistência de diferentes soluções institucionais na organização descentralizada do SUS que possam contemplar a heterogeneidade de problemas regionais e a diversidade cultural do país, sem colocar em risco a unidade doutrinária e operacional do sistema nacional de saúde necessária para assegurar a efetivação dos princípios constitucionais;

o desafio de encontrar o equilíbrio ótimo entre regulação, responsabilidade e autonomia na gestão compartilhada do sistema pelas três unidades político-administrativas do Estado Brasileiro (União, estados e municípios), no contexto de novas relações intergovernamentais e de recomposição do pacto federativo inaugurado pela Constituição de 1988;

o desafio de estabilizar o financiamento setorial e interferir no processo de alocação dos recursos dos orçamentos públicos para a saúde, com vistas à equidade.

Visando contribuir para a superação destes desafios e para o desenvolvimento da capacidade de formulação e decisão nos diferentes espaços institucionais de implementação da política de saúde e de produção de conhecimento em matéria de saúde pública, são oferecidas neste *site* fontes de informação para a compreensão e análise do ambiente sócio-político-institucional que contextualiza a ação do Sistema Único de Saúde.

Contexto conceitual das políticas públicas¹

(versão sujeita a aperfeiçoamento²)

Estado

¹ Para incluir como link no espaço da descrição introdutória ao tema.

² Referências bibliográficas utilizadas: ALMEIDA, M. H. T., 1995. Federalismo e Políticas Sociais. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 10, n. 28, p. 88-108; ARRETICHE, M. , 2000. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: REVAN; São Paulo: FAPESP; BOBBIO, N. MATTEUCCI, N. & PASQUINO, G, 1986. Dicionário de Política. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 2ª edição; FERNANDES, N. N, 1999. Globalización y Crisis del Federalismo en Brasil. In: Scripta Nova Revista Eletronica de Geografia y Ciências Sociales. Barcelona: Universidad de Barcelona [ISSN 1138-9788] Nº 45 (22); OECD, 2000. OECD Report on Regulatory Reform. (<http://www.oecd.org>); SANDRONI, P (consultoria). Dicionário de Economia. São Paulo: editora Best Seller. Série Os Economistas.

- forma de organização política, de ordenamento político da sociedade, surgida na Europa a partir do século XIII, caracterizada pela territorialidade da obrigação política e pela progressiva aquisição da impessoalidade do comando político. Como forma de organização do poder político é historicamente determinado.

Regime Político

- conjunto de instituições que regulam o poder político e seu exercício, e as atividades sociais a ele vinculadas, bem com a prática dos valores que animam tais instituições. Historicamente determinados, os regimes políticos são classificados em várias tipologias, conforme a abordagem teórica e o critério utilizado para sua caracterização. Exemplos: regimes autoritários, totalitários ou democráticos; monarquia ou república.

Sistema Político

- conjunto de instituições, grupos ou processos políticos caracterizados por um certo grau de interdependência recíproca. A análise dos sistemas políticos procura entender como e porque cada um dos protagonistas e instituições da vida política se influenciam reciprocamente e dão origem a um determinado regime político.

Nação

- entidade de natureza ideológica, baseada em valores culturais e sociais e em comportamentos econômicos, políticos, administrativos e jurídicos, reconhecidos e compartilhados pelos cidadãos, que estabelecem laços de fidelidade entre comunidades políticas de um determinado território.

Estado de Direito

- forma de organização política, de ordenamento político da sociedade, fundada sobre a liberdade política e a igualdade de participação dos cidadãos frente ao poder, poder este definido e limitado através de uma Constituição.

Estado Social

- forma de Estado na qual a gestão direta da ordem social, e sobretudo da ordem econômica, orienta-se pelo objetivo de bem-estar, em vista de um progressivo e indefinido processo de integração social.

Federação

- união política entre estados ou províncias que gozam de relativa autonomia e que se associam sob um governo central.

Federalismo

- sistema político baseado na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal forma que os governos nacional e subnacionais sejam independentes na sua esfera própria de ação. Ao governo nacional compete gerir os assuntos de interesse geral da Federação e aos governos subnacionais compete decidir e gerir sobre os assuntos locais. O federalismo constitui um compromisso peculiar entre difusão e concentração do poder político, em virtude de algum modelo de nação e de graus socialmente desejados de integração política e de equidade social.

Estado Federativo

- forma de organização política baseada no Federalismo, na qual os entes federativos são dotados de autonomia política e fiscal e a autoridade política de cada nível de governo é soberana e independente das demais. No Estado Federativo, as relações intergovernamentais, competitivas e cooperativas, impõem modalidades de interação baseadas na negociação entre instâncias de governo.

Governo

- complexo dos órgãos do Estado que organizam a política da sociedade e representam o exercício institucional do poder.

Formas de Governo

- correspondem à dinâmica das relações entre o poder executivo e o poder legislativo nas formas de Estado Democrático, em particular às modalidades de eleição dos dois organismos, ao seu título de legitimidade e à comparação das suas prerrogativas. As formas clássicas de governo são a Forma de Governo Parlamentar e a Forma de Governo Presidencial.

Políticas Públicas

- conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a *orientação política do Estado* e regulam as *atividades governamentais* relacionadas às tarefas de *interesse público*, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes tem do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Regulação

- instrumentos e atividades por meio dos quais o governo coloca exigências sobre as empresas, os cidadãos e sobre si mesmo, visando alcançar os objetivos e metas das políticas públicas. Inclui leis, regulamentos e regras emitidos por todos os níveis de governo e pelos grupos/corporações/organizações aos quais os governos tenham delegado poderes regulatórios.

Reforma Regulatória

- mudanças que objetivam melhorar a qualidade dos instrumentos e atividades de regulação do governo, seja pela revisão de um único instrumento regulatório, de instituições reguladoras, ou dos processos de estabelecer regulações e gerenciar a reforma.

Administração Pública

- conjunto de atividades diretamente destinadas à ação concreta das tarefas ou incumbências consideradas de interesse público ou comum, numa organização estatal ou numa coletividade.

2 PERGUNTAS MAIS FREQUENTES

2.1 Políticas Públicas e Saúde

Tatiana Vargas¹

2.1.1 No que constitui a política pública de saúde no Brasil?

A **política pública** de saúde brasileira foi redefinida muito recentemente na Constituição Federal Brasileira de 1988, onde se estabeleceu que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Para tanto, o **Estado** passou a ter como obrigação a garantia da redução do risco de doença e de outros agravos mediante a construção de políticas sociais e econômicas e de uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Brasil, CF 88: artigo 196). A base institucional dessa política é o Sistema Único de Saúde (SUS): uma rede de ações e serviços, regionalizada e hierarquizada no território nacional, com direção única em cada esfera de governo, e que tem como princípios: a **universalização**, a **integralidade**, a **descentralização** e a **participação popular**. A política de saúde está inserida num contexto mais amplo da política pública: a **Seguridade Social**, que abrange além da política de saúde, as políticas de previdência e assistência social.

Links:

Para saber mais sobre a história do SUS, campo de atuação e como se insere no conjunto das políticas públicas ver questões 2.1.2; 2.1.3; 2. 1.4.

Glossário de termos e conceitos:

¹ Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ. Psicóloga, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Política Pública -

Estado -

Seguridade Social -

Universalização – É a garantia constitucional de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema, garantido por uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior) e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite que o Sistema pode oferecer para todos.

Integralidade – conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. O sistema de saúde deve proporcionar ao indivíduo ou a coletividade as condições de atendimento, de acordo com as suas necessidades.

Descentralização – É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (união, estados, municípios, distritos), partindo do pressuposto que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma comunidade, mais chance terá em acertar na resolução dos mesmos. A descentralização tem como diretrizes: a regionalização e a hierarquização dos serviços - rumo à **municipalização**; a organização de um sistema de referência e contra-referência; a maior resolutividade atendendo melhor os problemas de sua área; a maior transparência na gestão do sistema; a entrada da participação popular e o controle social.

Participação Popular – É a garantia constitucional que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e controle de sua execução. Assim: garante o controle social sobre o sistema e a melhor adequação da mesma à realidade referida; permite uma compreensão mais abrangente do próprio usuário na concepção de saúde-doença; fortalece a democratização do poder local com o aumento da influência da população na definição de políticas sociais.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

Associação de Saúde da Periferia. Instituto do Homem. Controle Social no SUS: uma questão de cidadania. São Luiz, Maranhão, 1992.

Sites:

www.saude.gov.br – O site do Ministério da Saúde apresenta um amplo conjunto de informações permitindo múltiplas entradas. Assim, é possível acessar informações sobre a história do Ministério e do SUS, todos os Ministros que já assumiram a pasta da saúde, organograma, portarias e legislação em saúde, textos e apresentações, Programas e projetos do Ministério, diretrizes da gestão e links para os diversos órgãos e departamentos associados ao Ministério. Há ainda informações específicas para o gestor, o profissional de saúde e o cidadão. Em cada link mais uma enormidade de informações.

2.1.2 Qual era a política pública para a saúde antes do SUS? Como se chegou ao SUS?

Antes do SUS, o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente, e sem qualquer tipo de discriminação com relação à população beneficiária, ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. E na área da assistência à saúde, o Ministério da Saúde atuava por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas (com destaque para o Norte e Nordeste). Essa ação era prestada à parcela da população definida como indigente e que não tinha nenhum direito garantido. A grande atuação do poder público na área da assistência médica dava-se através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nos anos 70, com a criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS) ocorreu uma reestruturação da política interna do Ministério da Previdência e o INPS foi subdividido, passando a existir um órgão específico para as funções da assistência à saúde no âmbito da previdência, o INAMPS. A assistência à saúde, prestada inicialmente pelos Institutos de Aposentadorias (IAPs), depois pelo INPS e na última fase pelo INAMPS, estava restrita a uma parcela da população que contribuía com parte do seu salário na garantia desse direito. Assim,

a saúde não era um bem público e um direito do cidadão mas um bem privado conquistado pelo mérito do trabalhador, só era cidadão o trabalhador formal, ou seja, aquele que possuía uma carteira de trabalho ou, a partir da década de 70, aquele que contribuía individualmente para a previdência, como as empregadas domésticas, os trabalhadores rurais e os autônomos.

A proposta de construção de um Sistema Único de Saúde, universal, integral e igualitário visou romper com essa lógica de proteção social baseada no mérito e reconhecer a importância da saúde como um bem público e universal, independente de contribuição, etnia, sexo, classe social ou qualquer outro tipo de discriminação.

Todo o processo de construção da proposta SUS começou a partir do movimento da reforma sanitária, que teve início em meados da década de 70, contando com a mobilização de vários segmentos sociais, como: os profissionais de saúde, acadêmicos, lideranças sindicais e populares, partidos políticos e outros. Foram várias as políticas definidas para o setor da saúde antes do SUS possibilitando, inclusive e sobretudo, avançar no projeto de reforma. Apenas para citar algumas das políticas implementadas destacamos duas de grande relevância em todo o processo: as Ações Integradas de Saúde (AIS), desenvolvidas no período 1981-1984, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), vigente no período 1987-1989. Outro marco importante no período anterior ao SUS e decisivo no projeto de construção da política foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, afirmando os princípios do novo projeto e servindo de subsídios na discussão da Assembléia Nacional Constituinte (1987/88), fórum de negociação e decisão da nova Carta Constitucional Brasileira (Constituição Federal de 1988).

Glossário de termos e conceitos:

Bem público – são bens ou serviços tais que o consumo de uma pessoa não reduz a quantidade disponível para o consumo das outras. Tipicamente são bens dos quais os consumidores não podem ser excluídos: se estão disponíveis para qualquer um, estão para todos, pelo menos local ou temporariamente. Considerando que as pessoas podem consumir tais bens sem ter que pagar por eles, ninguém os produzirá para venda aos consumidores, individualmente. Então, só serão produzidos se o Estado (ou alguma fonte como uma organização de caridade) paga

a sua produção. A noção de um bem público em saúde não é diferente do que em qualquer setor: onde quer que tais bens ou serviços estejam disponíveis, devem ser financiados pelo Estado ou alguma outra alternativa fora do mercado. (Essa é a definição de Musgrove – ver outras definições já que Musgrove restringe bastante a noção de bem público)

Bem privado -

Reforma sanitária - Ao final dos anos 70, a Previdência entrou em crise explícita, advinda: da má aplicação dos recursos, do uso dos recursos em obras sem retorno para o caixa, da incorporação tecnológica e aumento dos custos, da assistência baseada predominantemente no hospital e do privilegiamento do setor privado. Somado a isso, estava um quadro social de grande desigualdade, condições de vida insalubres, saneamento precário, etc. O governo militar entrava em profunda crise. A crise possibilitou a expansão dos movimentos sociais e a formulação de propostas que atendessem aqueles excluídos de qualquer sistema de proteção social. Na área da saúde, ganhou destaque ao final dos anos 70 o movimento da reforma sanitária. O movimento da reforma sanitária buscava reverter a lógica da assistência à saúde, com os seguintes princípios: universalizar o direito à saúde, integralizar as ações de cunho preventivo e curativo, desenvolvidas pelos Ministérios da Saúde e da Previdência separadamente, inverter a entrada do paciente no sistema de atenção - ao invés de buscar o hospital quando já estiver doente, buscar a prevenção - do preventivo para o curativo - promover saúde, descentralizar a gestão administrativa e financeira e promover a participação e o controle social. Por outro lado, o movimento denunciava a forma de organização do sistema, a crise, os gastos excessivos, o privilegiamento da clientela e a concentração de renda. Faziam parte do movimento sanitário desde técnicos do setor saúde até acadêmicos, secretários de saúde, simpatizantes da discussão de saúde, associações da sociedade civil, etc.

Ações Integradas de Saúde – As AIS significaram uma proposta de *integração* e *racionalização* dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema **unificado, regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência** para o atendimento. As AIS conquistaram um avanço expressivo na conformação de políticas que levaria à reforma do setor saúde, fortaleceram o princípio federativo e buscaram a

incorporação do planejamento à prática institucional, constituindo-se em importante instrumento de planejamento descentralizado e integrado. O programa era executado a partir da gestão tripartite MS-INAMPS-Secretarias Estaduais.

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – O SUDS apresentou-se como estratégia-ponte na construção do SUS no ano de 1987 avançando na política de descentralização da saúde e, principalmente na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor. Deu prosseguimento as estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e possibilitou iniciar a desconcentração do poder do INAMPS na condução da assistência à saúde.

VIII Conferência Nacional de Saúde – A VIII Conferência, realizada em 1986, foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois pela primeira vez contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial. A Conferência reuniu cerca de 4000 delegados eleitos em todos os estados brasileiros e aprovou por unanimidade a diretriz da **universalização da saúde** e do **controle social** efetivo com relação as práticas de saúde estabelecidas. O Relatório final da Conferência serviu de subsídio para a elaboração de emendas populares defendidas durante a elaboração da nova Constituição, bem como de ponto de partida para a delimitação da nova política.

Unificação –

Regionalização –

Hierarquização –

Referência –

Contra-referência –

Links:

Para saber mais sobre o campo de atuação do SUS e como se insere no conjunto das políticas públicas ver questões 2.1.3 e 2.1.4.

Para um debate sobre a questão bens públicos e privados ver Musgrove e a crítica de Noronha.

Referências bibliográficas:

SOUZA, R. R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Texto apresentado no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, agosto de 2002.

ASSOCIAÇÃO de Saúde da Periferia. Instituto do Homem. Controle Social no SUS: uma questão de cidadania. São Luiz, Maranhão, 1992.

CUNHA, J.P.P & CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. BRASIL, MS. Gestão Municipal de Saúde. Textos básicos. Rio de Janeiro, Brasil, Ministério da Saúde, 2001.

COHN, A. & ELIAS, P. A Saúde como direito e como serviço, 1994.

CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. Ayuri Editorial, Rio de Janeiro, 1991.

BRAGA, J.CS. & PAULA, S.G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo, Saúde em Debate, Hucitec, 1986.

MUSGROVE, P. Uma base conceitual para os papéis público e privado em saúde. In: ANDREAZZI, M.F.S. & TURA, L.F.R. (org). Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos. Rio de Janeiro, Ed.Escola Anna Nery, 1999.

NORONHA, J.C. Notas acerca dos conceitos de bens públicos e privados de saúde. In: ANDREAZZI, M.F.S. & TURA, L.F.R. (org). Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos. Rio de Janeiro, Ed.Escola Anna Nery, 1999.

Sites:

www.saude.gov.br/sas/ddga/Documentos%20Técnicos/default.htm– Nesse endereço estão disponíveis textos sobre o SUS na atualidade e também sobre sua história.

2.1.3 Como se insere a política de saúde no contexto das políticas públicas de Estado?

Na Constituição Federal de 1988 foi definida como política pública a Seguridade Social (art. 194) que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à

saúde, à previdência e à assistência social. Dessa forma, a política de saúde se insere no contexto da política de Seguridade Social.

A seguridade social brasileira, como uma política formulada no contexto de redemocratização do Estado na década de 80 e apresentada institucionalmente na Assembléia Nacional Constituinte (ANC) de 1987/88, veio responder às demandas de reestruturação da política social no Brasil. O modelo político da seguridade social veio, neste contexto, contrapor-se à política de “**seguro social**” e à política “**assistencialista**”, compondo junto com outras políticas sociais de Estado um modelo de **proteção social** no Brasil até então inexistente.

A política de seguridade social consistiu numa proposta de articulação e integração de três setores da área social: a saúde, a previdência e a assistência social (BRASIL, 1988, art.194), visando a composição de um modelo de proteção social universal e democrático. A seguridade social veio compor um novo ideário social a partir de 1988, que determinou a formulação de uma estrutura de proteção social abrangente (universalidade da cobertura e do atendimento), justa (uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais), equânime (equidade na forma de participação do custeio) e democrática (caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa), onde caberia ao Estado a provisão e o dever de atenção (BRASIL, 1988, art.194).

De outra forma, a proposta da Seguridade Social inovou também no plano da discussão econômica e política relativa à configuração do setor social, ao propor a diversificação das bases de financiamento, a descentralização da gestão administrativa e a integração da sociedade civil na condução das políticas públicas (BRASIL, 1988, art.19/195).

A política social definida na CF88 revelou, neste contexto, uma retomada do compromisso do Estado com a democracia, não só pela definição do modelo de proteção da seguridade social, mas ainda pelas políticas inovadoras definidas nos demais capítulos da Constituição. No capítulo II - Dos Direitos Sociais - são listados todos os direitos sociais garantidos nesta Constituição, a saber: o direito à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, aos direitos

trabalhistas, à livre associação profissional ou sindical, ao direito de greve e outros mais (BRASIL, 1988, cap.II).

Assim, quando a proposta da Seguridade Social foi negociada havia como intenção a formação de um Ministério da Seguridade Social que teria um orçamento próprio e específico para o financiamento das políticas de saúde, previdência e assistência. O Orçamento da Seguridade Social foi ainda definido no contexto da própria Constituição (art.195) prevendo a arrecadação de recursos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, das contribuições sociais dos empregadores (folha de salários, faturamento e lucro), dos trabalhadores e da receita de concursos de prognósticos (loterias). A Seguridade Social seria financiada por toda a sociedade.

Nos anos seguintes à aprovação da Constituição seguiu-se a regulamentação de toda a política pública e uma série de leis foi apresentada e aprovada. No tocante à política de Seguridade foram aprovadas as seguintes leis: a Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/1990), a lei complementar da Saúde (lei 8142/1990), a Lei Orgânica da Seguridade Social (lei 8212/1991) e a Lei Orgânica da Assistência Social (lei 8742/1993). A Lei Orgânica da Seguridade Social apesar de versar sobre os três setores nela incluídos dedicou-se a regulamentar mais detalhadamente a previdência social. E as Leis Orgânicas da Saúde e da Assistência Social apresentaram-se como leis mais específicas desses setores. Na lei da Seguridade Social não se retomou a proposta de formação de um Ministério único mas de um Conselho Nacional de Seguridade Social.

Dessa forma, o que se configurou no período pós-constituente foi a construção de políticas setoriais isoladas não se estabelecendo na prática uma política de integração dos setores incluídos na Seguridade. Havia uma grande disputa entre os setores o que dificultava a política de integração. Além disso, um fato político em específico favoreceu o desmonte inicial da proposta, em 1990 o Presidente Collor definiu a revinculação do Ministério da Previdência ao Ministério do Trabalho, através da lei 8028/1990, acirrando ainda mais a disputa por poder e recursos entre saúde e previdência.

Glossário de termos e conceitos:

Seguridade Social –

Seguro Social –

Proteção Social –

Política Assistencialista –

Links:

Para saber mais sobre os bastidores da política de seguridade social e as disputas institucionais entre saúde e previdência ver artigo de Faria Baptista, 1998 – disponível no site da ENAP (www.enap.gov.br).

Referências bibliográficas:

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

FARIA BAPTISTA, T.W. Seguridade Social no Brasil. Brasília, ENAP, Revista do Serviço Público, Ano 49, n. 3, 142 p, Jul-Set 1998.

CARBONE, C.O. Seguridade Social no Brasil. Ficção ou Realidade? . São Paulo, Atlas, 1994.

Sites:

www.senado.gov.br-bdtextual/const88/Con1988br.pdf – Esse site apresenta a Constituição Federal e todas as emendas constitucionais já aprovadas até a data atual, destacando na Constituição as mudanças já processadas.

www.senado.gov.br/legbras – O site permite a consulta a todo tipo de legislação que se deseje, a busca pode se dar por palavra-chave, autor da lei, número ou ano.

www.enap.gov.br – Neste site é possível acessar textos diversos sobre as políticas públicas no Brasil e o debate sobre o setor saúde aparece em várias publicações. A Revista do Serviço Público é um veículo bastante interessante e os textos podem ser gravados ou lidos de imediato pois há um dispositivo que permite o acesso aos textos.

2.1.4 Quais são os campos de ação governamental em saúde?

A política de saúde definida na Carta Constitucional de 1988 e regulamentada na Lei Orgânica da Saúde (LOS 8080/1990) avançou na configuração de uma noção ampliada de saúde considerando como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Assim, buscando dar conta da complexidade e especificidade desse amplo campo de ação governamental, definiram-se como objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) três grandes eixos de atuação (LOS 8080/90, art.5):

I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

III – a assistência às pessoas por intermédio das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Dessa forma, o campo de atuação do SUS reúne ações mais voltadas do cuidado à saúde, ações de proteção e intervenção no meio ambiente e ações em conjunto com outros setores, externos ao setor saúde mas que contribuem direta ou indiretamente na promoção da saúde, como por exemplo meio ambiente, educação, urbanismo e outros.

Na LOS as funções específicas do SUS foram detalhadas, quais sejam: executar ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de

recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Ainda na LOS está prevista a criação de Comissões Intersectoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular políticas e programas de interesse para a saúde, abrangendo, em especial, as seguintes atividades: alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária e farmacoepidemiologia, recursos humanos, ciência e tecnologia e saúde do trabalhador (ver capítulo III – Da organização, da direção e da gestão). Além de Comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Sobre essas últimas determinações da LOS ainda é preciso avançar muito, já que a capacidade de articulação do setor saúde com as demais políticas de Estado é frágil e as Comissões nunca se efetivaram na prática. O SUS como uma política pública em construção precisa investir numa maior integração das políticas setoriais, seja no âmbito nacional seja nos estados e municípios.

Links:

Para saber mais sobre a história do SUS e como se insere no contexto da política pública no Brasil ver questões 2.1.2, 2.1.3 e 2.1.4.

Para saber sobre a organização da gestão pública da saúde e as funções e competências desempenhadas pelos gestores do SUS ver sub-área “Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais” questões 2.2.5, 2.2. 6 e 2.2.7.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080. Brasília, 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

Sites:

www.saude.gov.br

2.1.5 Como se dá o processo de formulação de uma política pública? E, em especial, da política pública de saúde brasileira?

Para a compreensão do processo de formulação de uma **política** é necessário também entender que toda política envolve sujeitos, instituições e recursos, o que significa dizer que sua formulação demandará negociação, com a explicitação de objetivos de todas as partes e dos recursos a serem distribuídos na construção da política proposta (recursos humanos, físicos, financeiros e outros). Um bom processo de negociação será o fator decisivo na formulação de uma política e no encaminhamento de sua operacionalização /implementação.

O processo de negociação de uma política pode envolver um número maior ou menor de sujeitos, instituições e recursos, o que variará conforme o **regime de governo** e a política proposta. Um regime de governo democrático contará com uma participação mais ampla de **atores** sociais, podendo qualquer indivíduo se manifestar. Um regime ditatorial implementa seus próprios projetos e as decisões são tomadas pela tecnocracia, em consulta com poucos interlocutores privilegiados e a expressão da opinião pública é estritamente controlada.

O processo de formulação de uma política não é simples ou rápido, ao contrário, explicita conflitos e interesses sofrendo reformulações constantes, a cada etapa da política, exigindo novas negociações. Em um processo completo de tomada de decisão, como aquele que envolve a elaboração e a promulgação de uma lei e, portanto, todos os poderes constituídos, podemos distinguir as seguintes fases: 1. Surgimento de um problema que inquieta a sociedade ou o governo; 2. Inclusão da questão na agenda de governo para resolução; 3. Formulação da política em questão; 4. Implementação da política; 5. Seguimento, avaliação e correção de rumos.

As primeiras três fases da política (do surgimento do problema à formulação da política propriamente dita) são de intensa politização e onde são expostos os mais

diversos interesses para fazer avançar ou bloquear uma proposta. Quando a política pública começa a ser implementada, da fase 4 em diante, uma outra ordem de conflitos surge e novas negociações entram em curso, provocando, na maior parte das vezes, reformulações na proposta original.

Algumas arenas de negociação são mais evidentes no processo de formulação de uma política.

A primeira arena a se destacar é o Congresso Nacional (Senado e Câmara dos Deputados) e as demais instâncias legislativas, como as Assembléias Legislativas nos estados e as Câmaras dos Vereadores nos municípios. A arena **legislativa** é onde chegam as demandas sociais e onde se discute e negocia o encaminhamento das mesmas. Quando uma demanda chega no legislativo ela já passou por alguns outros fóruns de discussão (no âmbito do próprio governo, nas associações de moradores, organizações não-governamentais, partidos políticos, sindicatos, associações de profissionais e outros) e se mostrou como de relevância política e pública para ser discutida nesse contexto. A demanda poderá ter como finalização a proposta de uma lei ou mesmo emenda constitucional e se constituirá como uma peça da política pública, se aprovada. Um exemplo concreto desse movimento foi a demanda social pela reforma sanitária nos anos 80 e o uso, pelos constituintes, do Relatório da Oitava Conferência Nacional de Saúde como ponto de partida para a discussão do capítulo da saúde na Constituição Federal. No legislativo existem uma série de regras que determinam a participação dos seus representantes (regras eleitorais e regimento interno de participação e apresentação de projetos) e estes sofrem influência e pressão da sociedade e do governo no processo de negociação dos projetos. A maior ou menor influência dos **grupos de pressão** no processo de formulação de uma política é o que determinará o produto final do processo. Por esse motivo, a transparência de informações e o acompanhamento sistemático das negociações no legislativo é uma prática salutar no processo democrático pois é a única forma de reconhecer o que os políticos (“representantes do povo”) fazem com o **poder** a eles atribuído e que encaminhamentos são dados em cada setor.

Outra arena de negociação da política é o Executivo. No caso da saúde, atuam mais diretamente o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, através de seus representantes - o Ministro, os secretários de saúde, os

técnicos. O Executivo e o Legislativo se relacionam na definição dos projetos, seja com a apresentação de uma demanda específica para o Legislativo, solicitando sua apreciação (por exemplo: o Executivo demonstrou a necessidade de maior aporte de recursos para a saúde num momento específico da política de saúde e conseguiu aprovar, no ano de 1996, a CPMF como um recurso a mais para a saúde. Essa lei demandou um amplo processo de negociação que extrapolou o setor da saúde. Ou ainda as medidas provisórias apresentadas pelo Executivo Presidência da República submetendo ao Poder legislativo sua apreciação), seja com a incorporação no Executivo do que foi aprovado pelo Legislativo (por exemplo: com a operacionalização da política SUS, proposta na CF de 1988 e Lei Orgânica de 1990, a partir das **Normas Operacionais da Saúde** e outros instrumentos do âmbito executivo). Assim, o Executivo apresentará novas demandas a partir de suas questões interinas e buscará aplicar na prática o que foi definido na lei e para isso terá que também trilhar um amplo processo de negociação interno com os diversos setores e sujeitos que compõem sua estrutura, ou que se relacionam com ela.

Nesse sentido, ao olharmos para a realidade da política de saúde no Brasil é preciso considerarmos ainda mais algumas arenas de negociação de grande relevância, como os **Conselhos de Saúde** e as **Conferências de Saúde**, que exercem papel fundamental na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde; e as **Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite**, que atuam na coordenação do processo de elaboração da política de saúde nos três níveis de governo, em especial na operacionalização da diretriz constitucional de descentralização do sistema. Nesse contexto, o processo de descentralização da política de saúde cada vez mais responsabiliza estados e municípios no processo de formulação da política explicitando atribuições e competências a serem desenvolvidas. Em contrapartida, estados e municípios têm participado ativamente do processo de construção da política intervindo nas deliberações do governo federal (como a participação na discussão das Normas Operacionais) e construindo agendas locais coerentes com as especificidades de cada realidade. Também os Conselhos de saúde têm exercido papel fundamental no controle das políticas propostas e buscado a interação na construção de novas diretrizes para a política. Sobretudo esse processo ainda há muito que avançar, a diversidade e complexidade dos problemas vividos em todo o país demandam políticas igualmente complexas e

capazes de atender as especificidades regionais, estados e municípios ainda encontram obstáculos no processo de descentralização e o governo federal ainda assume um papel excessivamente centralizador no processo decisório, vide a quantidade de portarias que são editadas regularmente na atualidade.

Quando, então, falarmos de processo de formulação da política de saúde devemos considerar ao menos essas arenas, sabendo que ainda existem um conjunto de arenas e grupos não discriminados aqui mas que também atuam no processo decisório da saúde como o Ministério Público, o Tribunal de Contas, e outros, além dos diversos grupos de interesse que estão agregados ao setor saúde – o setor privado, as associações profissionais, as associações de prestadores de serviços, os partidos políticos, as organizações não-governamentais, as associações de moradores e tantos outros.

Glossário de termos e conceitos:

Política

Política pública

Poder Legislativo

Grupos de pressão

Lobbie

Poder

Normas Operacionais da Saúde

Conselhos de Saúde

Conferências de Saúde

Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite

Atores

Regime de governo

Democracia

Ditadura

Links:

Para saber sobre como são definidas as prioridades para a política de saúde brasileira, os principais atores envolvidos no processo decisório da saúde e as regras para participação, ver questões 2.1.6, 2.1.7 e 2.1.8.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080. Brasília, 1990.

LABRA, M.E. Política, Processo Decisório e Informação. Rio de Janeiro, DAPS/FIOCRUZ, versão para divulgação 03/2002.

Sites:

<http://www.datasus.gov.br/cns/temas> - Nesse site selecionando a opção Conferência Nacional de Saúde On Line você terá acesso a alguns textos instigantes sobre a política de saúde na atualidade, ajuda muito a compreender o processo de formulação da política de saúde no Brasil e seus principais atores.

2.1.6 Como são definidas as prioridades para a política de saúde brasileira no contexto atual?

A definição de prioridades para a política de saúde não pode ser descolada de uma compreensão mais ampla do processo decisório e dos momentos de negociação que isso envolve. Os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) enfrentam pressões constantes para a tomada de decisão e a eleição de prioridades na política dependerá do grau de interlocução dos grupos envolvidos. Além disso, há que se considerar que aos diversos campos de atuação do SUS correspondem diferentes processos decisórios dada a amplitude do setor e a abrangência da política de saúde. Assim, a definição de prioridades para a assistência à saúde, para a vigilância e para a regulação do setor privado, apenas para citar alguns aspectos da política de saúde, envolve distintos processos para a tomada de decisão. Mas em todas as situações o papel dos Conselhos de Saúde, dos

Conselhos de Gestores (CONASS, CONASEMS) e das Comissões Intergestores (Bipartite e Tripartite) têm sido fundamental para a construção de propostas e eleição de prioridades.

De qualquer forma, existem pontos de partida para a discussão desses grupos. Todos eles devem partir de um diagnóstico inicial do setor da saúde (da gestão da saúde e das condições de vida e saúde da população), identificando problemas e desafios a serem enfrentados. Nesse contexto, o que muda é a dimensão e a característica do problema, sofrendo variações de acordo com o nível de governo. No âmbito nacional, o diagnóstico tende a refletir os problemas que sobressaem no conjunto da nação, as grandes desigualdades e diferenças regionais. Assim, uma agenda de prioridades da política nacional refletirá esse olhar, que pode e deve ser enriquecido com os olhares e diagnósticos dos níveis estadual e municipal, nas suas especificidades e demandas próprias. Nesse sentido, a eleição de prioridades para a política nacional de saúde no Brasil exige uma integração maior com os demais níveis de governo.

A implementação do SUS tem se dado com o estímulo à integração para a organização dos recursos a serem alocados na promoção, proteção e recuperação da saúde. Nas leis que regulamentam o SUS (Lei 8080 e 8142 de 1990) estão previstos os mecanismos de integração da política de saúde, bem como os critérios para que estados e municípios avancem no processo de descentralização e organização de suas redes assistenciais. Destacam-se as diretrizes de integralidade da assistência, “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art.7 inciso II), e de descentralização, com direção única do sistema em cada esfera de governo, para a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de saúde (art.7 inciso IX b). Ainda na lei orgânica, no capítulo III, quando se fala da organização, direção e gestão do sistema, estabelece-se a possibilidade de constituição de consórcios intermunicipais, comissões intersetoriais e comissões de integração com o ensino profissional e superior, como estratégias para uma política regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Na lei 8142 estão postos os critérios para o recebimento dos recursos nos estados e municípios, destacando-se a necessidade

de se constituir um **Plano de Saúde, Relatórios de Gestão, Fundo de Saúde e Conselho de Saúde**, além de outros critérios (artigo 4).

Mais recentemente, com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 (revisada e republicada em 2002 (NOAS 02), retomou-se a discussão sobre a necessidade de uma política de integração entre os diversos campos de atuação do SUS, bem como da importância do papel do planejamento para a condução da política. A NOAS apresenta alguns instrumentos, buscando uma maior integração na reorganização da política de assistência à saúde, dentre eles: a **Programação Pactuada e Integrada (PPI)** e o **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. Esses instrumentos visam permitir a definição de prioridades para a política de saúde nos três níveis de governo e determinar a construção de **agendas de saúde** a serem implementadas, agendas essas pautadas num **plano de saúde** negociado (pactuado) entre os três níveis de governo buscando atender principalmente as demandas e especificidades regionais. Vale ressaltar, que esses instrumentos foram propostos para pensar a organização da assistência à saúde, estando excluídas as demais políticas como a de vigilância e o setor privado. Mas também a vigilância tem avançado na construção de uma Programação Pactuada própria. De qualquer forma, apesar de se tratar de uma estratégia que visa a pactuação e a integração da política nos três níveis de governo, há uma desintegração da própria política na programação dos recursos e na lógica de organização dos mesmos, dividindo a parte que caberia à assistência das outras áreas da política de saúde. Outro aspecto crítico dessa estratégia tem se revelado no poder de indução do governo federal e da ainda pequena flexibilidade dos estados e municípios no uso dos recursos. No contexto da descentralização as novas diretrizes parecem avançar bastante na integração e responsabilização dos níveis subnacionais de governo mas também ainda merece aprimoramentos. Cabe aos gestores, especialmente estaduais e municipais, chamar a responsabilidade na condução da política e definir prioridades baseados em argumentos consistentes de suas realidades.

Glossário de termos e conceitos:

Planos de Saúde – É um instrumento de gestão que consolida, em cada esfera de governo, o processo de planejamento na área da saúde, para um período de quatro

anos, compondo a base das atividades e da programação em cada nível de gestão do SUS.

Programação Pactuada e Integrada – É o instrumento de gestão por meio do qual, com base no Plano Diretor de Regionalização, se programam as ações que serão realizadas, uma vez que as prioridades já foram estabelecidas nas Agendas de Saúde e planejadas quando da elaboração dos Planos de Saúde.

Plano Diretor de Regionalização – Parte integrante do Plano de Saúde estadual e tem como função organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. O processo para a aprovação do PDR é baseado no pacto entre os gestores, sendo que a iniciativa do mesmo cabe às secretarias estaduais de saúde.

Agendas de Saúde – é um instrumento de gestão pelo qual os governos federal, estaduais e municipais estabelecem, justificam e detalham as prioridades da política de saúde. Dessa forma, o gestor deve destacar e justificar os eixos prioritários de intervenção, os objetivos e os indicadores da política de saúde em cada esfera de governo e em cada exercício. A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, devem, por meio de seus órgãos de saúde, remeter ao respectivo conselho de saúde uma proposta de Agenda de Saúde, que uma vez aprovada, constitui a primeira etapa do processo de planejamento da gestão da saúde. É importante frisar que a Agenda de Saúde é um instrumento participativo, resultante da negociação e do consenso entre órgãos gestores, conselhos de saúde e comissões intergestores.

Relatórios de gestão – Têm como finalidade a sistematização e a divulgação de informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS, funcionando como prestação de contas, uma vez que estabelece correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos.

Fundos de Saúde – São contas bancárias especiais onde devem ser depositados todos os recursos destinados ao setor saúde – federais, estaduais e municipais, de doações e de rendimentos – e que, obrigatoriamente, só podem ser utilizados em

ações e serviços de saúde. Os Fundos de Saúde devem ser criados por lei municipal e são um instrumento de planejamento e de controle.

Links:

Para entender melhor o processo de formulação da política, ver questão 2.1.5

Para saber com mais sobre a estratégia da Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001/2002 ver sub-área “Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais” questão 2.2.10.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8142. Brasília, 1990.

BRASIL. Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MS/SE. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. (Série C.Projetos e Relatórios, n.60).

BRASIL/MS. O que muda com o PAB? Brasília, Ministério da Saúde.

Site:

www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf – Esse é o caminho do site que disponibiliza o texto sobre os instrumentos de gestão do SUS. O texto apresenta os instrumentos para gestão do SUS a partir da NOAS 01/2002, dentre eles a PPI.

2.1.7 Como a população, os prestadores de serviços, os profissionais de saúde e os gestores se fazem representar no processo de formulação da política de saúde?

A Lei 8142 de 1990 instituiu duas instâncias colegiadas de participação na gestão do SUS: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Nessas instâncias, a

população, os prestadores de serviços, os profissionais de saúde e os gestores encontram assento garantido.

A Conferência de Saúde deve ser realizada a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. A Conferência é convocada a cada quatro anos pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. As Conferências se realizam em um processo ascendente desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada estado e culminando em uma Conferência Nacional de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde se dá de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Os Conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (Ministro e Secretários de Saúde). A atuação na formulação de políticas deve ser exercida através de uma postura propositiva, vocalizadora das demandas da sociedade civil organizada, e o mais articulada possível com o gestor do SUS naquela esfera e com o Poder Legislativo. Já a atuação no controle da execução diz respeito a uma postura defensiva, contra desvios e distorções, que deve ser exercida através do acompanhamento permanente das políticas e ações prioritárias do SUS.

Para que os conselhos possam exercer adequadamente as suas atribuições, é fundamental que os gestores no âmbito nacional, estadual e municipal valorizem e respeitem o seu papel, e procurem trabalhar de forma articulada com os conselheiros, considerando os espaços diferenciados de atuação dos gestores e dos conselhos. Assim, se por um lado devem ser reconhecidas e diferenciadas as funções e competências típicas de gestão (planejamento, programação e outras), por outro deve ser valorizado o espaço de atuação dos conselhos na formulação de estratégias e controle da execução das políticas de saúde.

Glossário de termos e conceitos

Conferência de Saúde – Em janeiro de 1937 a lei nº 378, que reorganizou o então Ministério da Educação e Saúde Pública, instituiu a Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Educação, com o objetivo de "facilitar ao governo federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o País, e orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais" (Brasil, 1980: pp.1). Desde sua instituição foram realizadas onze Conferências de Saúde e a temática de cada encontro normalmente esteve relacionada à discussão política e institucional de cada momento histórico específico, apresentando questões de relevância para a organização e encaminhamento da política nacional de saúde. Mais recentemente, com a constituição do Sistema Único de Saúde, uma nova lei - nº 8.142/1990 - tornou a definir as atribuições das Conferências, conferindo nova periodicidade na sua execução (a cada 4 anos e não mais a cada 2 anos) e determinando a participação dos diversos segmentos sociais na discussão desse fórum, além de enfatizar o papel da Conferência na proposição de diretrizes para a formulação da política.

Conselho de Saúde - Com base na legislação já existente, pode-se definir um Conselho de Saúde como o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixadas em lei. O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do Sistema de Saúde, propiciando o controle social desse sistema.

Links:

Para saber como são eleitos os representantes dos Conselhos e Conferências de Saúde veja também a questão 2.1.8. Para conhecer a composição atual do Conselho Nacional de Saúde ver questão 2.1.9.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Lei Complementar da Saúde n. 8142. Brasília, 1990.

Relação entre níveis de governo na gestão dos sistemas de saúde. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. Oficina 2. Texto-base para debate. São Paulo, 11-14 de agosto de 2002.

Sites:

www.fiocruz.br - Para saber mais sobre a história das Conferências Nacionais de Saúde.

www.saude.gov.br – Para saber mais sobre o Conselho Nacional de Saúde.

2.1.8 Como são eleitos os representantes dos Conselhos e os delegados das Conferências?

Nos Conselhos de Saúde a composição do plenário é definida por norma complementar, garantida a paridade dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos (Lei 8.142/90). A representação dos órgãos e entidades inclui um titular e até dois suplentes. No Conselho Nacional de Saúde os representantes dos segmentos sociais e/ou órgãos integrantes têm mandato de três anos, ficando, a critério desses mesmos órgãos e segmentos sociais, a substituição ou a manutenção dos Conselheiros que os representam, a qualquer tempo. O conselheiro que não comparece a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano civil é desligado. Para saber sobre as regras para eleição das representações dos conselhos estaduais e municipais é preciso verificar o que consta no regimento de cada conselho, já que cada um elabora seu próprio regimento. O regimento é discutido e aprovado em plenária sendo devidamente regulamentado pelo órgão executivo que o rege (o Ministério da Saúde, as Secretarias Estadual ou Municipal de Saúde). As regras do Conselho Nacional servem de parâmetro para os demais.

Já os delegados das Conferências de Saúde são eleitos a partir de regras estabelecidas em regimento discutido nos Conselhos de Saúde, para a realização das Conferências locais e nacional. A recomendação em voga é que se estabeleçam critérios para a participação proporcional, considerando os diversos recortes da sociedade (urbano/rural, empregadores/empregados, trabalhadores de saúde/usuários, etc.).

Links:

Ver também questão 2.1.7 sobre as leis que regulam a participação dos segmentos nos Conselhos e Conferências. E a questão 2.1.9 para saber a composição atual do Conselho Nacional de Saúde.

Sites:

www.saude.gov.br – Na página do Conselho Nacional de Saúde estão disponíveis informações sobre as comissões de trabalho, atas de reuniões, deliberações do Conselho, legislação em saúde, além de textos diversos.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Lei Complementar da Saúde n. 8142. Brasília, 1990.

Associação de Saúde da Periferia. Instituto do Homem. Controle Social no SUS: uma questão de cidadania. São Luiz, Maranhão, 1992.

2.1.9 Qual é a composição do Conselho Nacional de Saúde e como fazer para contactar um conselheiro?

O Conselho Nacional de Saúde é renovado a cada três anos. O Conselho é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Os usuários têm representação paritária em relação aos demais segmentos e o CONASS e o CONASEMS têm representação garantida no Conselho. Na atual composição (novembro de 2002) são 32 os conselheiros titulares, sendo 7 representantes do governo (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Ministério da Agricultura e Abastecimento – MAA, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Educação – ME, Secretaria de Estado de Planejamento e Avaliação – MPOG, Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS), 2 representantes de prestadores de serviço (Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde), 5 representantes de profissionais de saúde (Entidades Nacionais de Representação dos Médicos, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO/SBPC, Entidades Nacionais de Outros Profissionais da Área de Saúde

(dois representantes).e 18 representantes dos usuários (Entidade Nacional de Portadores de Doenças Patológicas e Deficiências – ONEDEF, Entidade Nacional de Portadores de Doenças Patológicas e Deficiências – MORHAN, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM, Entidade Nacional de Portadores de Doenças Patológicas e Deficiências – UCB, Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP, Grupo pela VIDDA, Associação Franco Basaglia, Entidade Nacional de Portadores de Doenças Patológicas e Deficiências – Pestalozzi, Confederação Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, Comunidade Científica e Sociedade Civil (três representantes), Confederação Nacional da Agricultura, Confederação Nacional da Indústria – CNI, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, Confederação Nacional do Comércio – CNC, Força Sindical e Central Única dos Trabalhadores – CUT).

Para contatar qualquer um dos representantes do Conselho busque a referência do conselheiro na página do Conselho Nacional de Saúde, disponível na Internet (www.saude.gov.br). Na página é possível acessar o nome completo do Conselheiro, telefone e email.

Sobre os Conselhos Estaduais e Municipais as informações estão descentralizadas e disponíveis de acordo com a organização de cada secretaria. Ver por exemplo: www.saude.rs.gov.br com informações sobre o conselho estadual do Rio Grande do Sul, ou www.saude.sp.gov.br com informações do Conselho no estado de São Paulo. As secretarias municipais dispõem de sites em menor número (apenas sete disponíveis na página do Ministério da Saúde – lembrando que são mais de 5.000 municípios no Brasil) e as informações sobre os conselhos nem sempre estão presentes nos sites, o que também ocorre em alguns sites estaduais. Dos sites municipais é possível acessar as informações do Conselho de Crateús e Sobral - www.ssmcrateus.ce.gov.br/cms.htm e www.sobral.ce.gov.br/sec/saude.

A composição dos Conselhos sofre modificações a cada mandato, para se manter atualizado é preciso que se esteja revendo os sites a cada nova gestão. Outro aspecto importante é acompanhar as resoluções do Conselho e verificar se não ocorreu qualquer modificação no Regimento Interno, modificando, por exemplo, as regras sobre a composição, o funcionamento e a estrutura de trabalho.

Links:

Para saber mais sobre o Conselho Nacional de Saúde acesse a página www.saude.gov.br. Na página estão disponíveis informações sobre as comissões de trabalho, deliberações do Conselho, atas de reuniões e outros. Estão também disponíveis textos na Biblioteca do CNS, além do boletim e jornal do Conselho.

Sites:

www.saude.gov.br

www.saude.rs.gov.br

www.saude.sp.gov.br

www.ssmcrateus.ce.gov.br/cms.htm

www.sobral.ce.gov.br/sec/saude

2.1.10 Quais são os instrumentos legais e normativos que dão sustentação à política pública de saúde brasileira?

Em termos de legislação em saúde deve-se considerar como instrumentos de sustentação da política de saúde como um todo a Constituição Federal de 1988, a **Lei Orgânica** da Saúde (LOS 8080/1990), a **Lei complementar** da Saúde (lei 8142/1990) e a **Emenda Constitucional** (EC) n°29 de 2000. A Constituição de 1988, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não aborda o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal -, é feito pela LOS 8080. Já a lei 8142 surgiu para complementar a LOS 8080 pois essa foi prejudicada por numerosos vetos presidenciais, especialmente no tocante à participação da comunidade e na política de financiamento da gestão descentralizada do SUS. A lei 8142 dispõe, portanto, sobre o papel da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Mais recentemente, no ano 2000, foi aprovada a EC29 que definiu a participação das esferas federal, estadual e municipal de governo no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Em termos normativos, destacam-se as Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB) publicadas em portarias ministeriais nos anos de 1991, 1992 (reedição da norma de 1991), 1993 e 1996, e das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002. As normas têm exercido, especialmente desde a edição de 1993, o papel de orientação do processo de descentralização, explicitando as competências e responsabilidades de cada esfera de governo e estabelecendo as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir novas posições no processo de implantação do SUS.

Glossário de termos e conceitos:

Emenda Constitucional - deve ser subscrita, no mínimo, por 1/3 dos deputados, ou nos termos do art.60 da CF, por aquelas pessoas autorizadas. A Proposta de Emenda Constitucional será submetida a dois turnos de discussão e votação, com interstício de cinco sessões. Será aprovada na Câmara a proposta que obtiver, em ambos os turnos, 3/5 dos votos dos membros da casa, em votação nominal. O Poder Legislativo não pode apreciar emenda à Constituição que proponha a abolição da Federação, do voto direto, secreto, universal e periódico, da separação dos Poderes e dos direitos e garantias individuais.

Lei Ordinária - é de “iniciativa de qualquer membro ou comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos cidadãos” (CF 1988 – art.61).

Lei Complementar – dispõe sobre a elaboração, redação, alteração e consolidação das leis. São aprovadas por maioria absoluta.

Links:

Ver também a questão 2.1.11 para entender melhor a diferença entre as leis da saúde e as portarias ministeriais como instrumentos de política.

Para saber sobre a importância das Normas Operacionais da Saúde para os gestores do SUS ver sub-área “Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais” questão 2.2.9.

Sites:

www.saude.gov.br

www.senado.gov.br/legbras – O site permite a consulta a todo tipo de legislação que se deseje, a busca pode se dar por palavra-chave, autor da lei, número ou ano. O regimento da Câmara e do Senado também estão disponíveis, nos regimentos as regras do jogo político estão explicitadas.

Referências bibliográficas:

Relação entre níveis de governo na gestão dos sistemas de saúde. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. Oficina 2. Texto-base para debate. São Paulo, 11-14 de agosto de 2002.

2.1.11 Qual a diferença entre as leis da saúde e as portarias normativas da saúde como instrumentos de política? Por que existem esses instrumentos?

Existem pelo menos dois aspectos que diferenciam a legislação em saúde das portarias normativas da saúde como instrumentos de política. O primeiro deles é a quantidade de atores que se mobiliza no processo de negociação de cada um desses instrumentos, o que tem a ver também com o processo de tramitação, aprovação e alteração desses instrumentos. E o segundo aspecto o alcance dos dois instrumentos no processo político.

Vejamos primeiro a questão sobre a quantidade de atores que se mobiliza e o processo de tramitação.

Uma lei para ser formulada e aprovada passa por um conjunto ampliado de negociações, envolvendo os mais diversos interesses no debate. Uma questão só entra no debate legislativo após intensa discussão na sociedade civil organizada ou por contar com um lobbie de pressão como expressão de um grupo. Assim, uma lei só é aprovada se há sustentação política para tal. Alguns documentos que tramitam no legislativo são apresentados pelo Poder executivo em caráter de urgência, como os decretos e medidas provisórias. Nesses casos, a tramitação normalmente se efetiva de forma acelerada e o debate é mais restrito, mas também esses

instrumentos passam por uma apreciação dos legisladores e sua aprovação está condicionada a um pacto entre os atores políticos envolvidos, que prestam conta de seus atos à opinião pública em geral, seja o executivo, seja o legislativo.

Já as portarias executivas não mobilizam um conjunto tão amplo de atores sociais na sua elaboração, ao contrário, há um conjunto de atores esperado no processo de sua negociação e os conflitos não extrapolam a questão setorial. No conjunto das portarias destacam-se as Normas Operacionais que dentre as demais são as que mais mobilizam a negociação setorial mobilizando um amplo conjunto de atores, mesmo que ainda restrito ao setor saúde.

Esse aspecto dos instrumentos de uma certa forma ajuda a compreender o alcance dos mesmos no processo político. As leis normalmente versam sobre questões abrangentes da política de saúde, buscam construir um arcabouço de sustentação para a mesma, sobre os princípios e diretrizes de uma política e, por isso, demandam um processo mais lento de negociação, bem como o estabelecimento de pactos com os diversos grupos envolvidos, diretamente associados ao setor saúde e externos ao setor. As portarias, em outra medida, existem para operacionalizar a política, torná-la concreta, efetivar o que foi debatido no processo de construção de uma lei. Assim, tratam de temas mais específicos e seu processo de negociação e construção tende a ser mais ágil pois restringe-se a uma arena de negociação própria.

A importância de cada um desses instrumentos no processo político se dá pela necessidade de, por um lado, construir bases de sustentação para a política, com negociações mais ampliadas e diretrizes gerais para a ação setorial, e, por outro lado, de operacionalizar a política e encaminhar o que foi discutido num âmbito mais geral. As leis e as portarias compõem juntas um instrumental que possibilita o processo político e a gestão das demandas. Na atualidade, a principal crítica às portarias executivas, é a de que as mesmas têm desconsiderado aspectos importantes das leis, regulando propostas não debatidas com maior rigor. Outra crítica importante é a de que as portarias são excessivas, tornando-se um instrumento extremamente detalhista dificultando o processo de implementação da política como um todo. Há que se considerar, no entanto, que as leis não dão conta de abordar todos os temas e aspectos da política e que só no momento de

implementação da mesma surgem necessidades específicas de regulação. Nesse contexto, as portarias executivas são muitas vezes acionadas para preencher vazios que a lei não previu.

Links:

Para aprofundar o debate sobre o papel das Normas Operacionais, na linha de argumentação dessa questão, alguns textos são interessantes, em especial os textos da Revista Ciência e Saúde Coletiva. Abrasco. Vol.6, n.2, 2001. O artigo dos autores LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, o debate sobre o artigo, e ainda o texto de CARVALHO.

Para saber sobre a importância das Normas Operacionais da Saúde para os gestores do SUS ver sub-área “Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais” questão 2.2.9.

Referências bibliográficas:

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Abrasco, vol.6, n.2, 2001.

GOULART, F.A.A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria ... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Abrasco, vol.6, n.2, 2001.

COHN, A. Questionando o consenso sanitário. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Abrasco, vol.6, n.2, 2001.

LABRA, M.E. Política, Processo Decisório e Informação. Rio de Janeiro, DAPS/FIOCRUZ, versão para divulgação 03/2002.

CARVALHO, F. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Abrasco, v.6, n.2, 2001.

2.1.12 As portarias executivas são substitutivas da lei ou mesmo de outras portarias? Quando souber qual é a norma em vigor?

As portarias executivas não podem e não devem ser substitutivas da lei mas podem ser substitutivas de outras portarias. Dentre as portarias executivas mais conhecidas e divulgadas estão as Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB) e

Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), que exercem um importante papel como instrumento de regulação do processo de descentralização da política. Além das normas uma série de outras portarias são editadas diariamente buscando regular o sistema de saúde nos seus diversos aspectos e funções – financiamento, gestão, modelo assistencial, vigilância, saúde supletiva, etc. As portarias cumprem o papel de normatização das ações políticas propostas pelo Ministério da Saúde. Atualmente são editadas portarias pela Secretaria Executiva (SE), pelo Gabinete do Ministro (GM), pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), pela Secretaria de Políticas (SPS), portarias conjuntas desses órgãos, portarias da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, ainda Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

No caso em específico das Normas Operacionais, cada uma delas avançou na definição de regras para a implantação do SUS sobrepondo propostas mas não necessariamente anulando a política anterior. A NOB 91 definiu critérios para a transferência de recursos estabelecendo o pagamento pela produtividade de AIH para os prestadores públicos e privados e definindo recursos para a assistência ambulatorial (A NOB 92 foi uma reedição da 91). A NOB 93 estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde e os mecanismos de financiamento das ações; definiu critérios para habilitação de estados e municípios e avançou na política de repasse de recursos fundo a fundo. A NOB 96 avançou ainda mais no processo de habilitação e atribuições dos níveis de governo e repasse de recursos, disciplinou o processo de organização da atenção à saúde e constituiu mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção. E, mais recentemente, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002) definiram propostas mais específicas para o aperfeiçoamento e consolidação do processo de descentralização, com ênfase na regionalização. Dentro desse quadro, a NOAS 2002 é a que mais se aplica como norma em vigor, devendo-se considerar que há ainda como realidade nos municípios a situação de habilitação proveniente da NOB 96, sendo gradativo o processo de passagem desses municípios para as novas modalidades de habilitação propostas na NOAS 2002.

Há uma crítica de muitos segmentos que as Normas ferem as propostas apresentadas originalmente na Constituição e Leis da Saúde, dificultando a descentralização, principalmente pelo fato de atrelar recursos financeiros federais a programas e ações. No financiamento da gestão descentralizada das ações e serviços de saúde esse é um grande debate que precisa ser revisitado e que merece uma análise mais específica. A revista Ciência e Saúde Coletiva, da Abrasco, vol.6, nº2, 2001, publicou na sua primeira parte uma análise da política de saúde nos anos 90, particularmente no que diz respeito aos conteúdos e processos implementados pelas NOBs, seguida de debate que situa o leitor nas principais polêmicas.

Links:

Ver também questões 2.1.10 e 2.1.11 para conhecer os principais instrumentos legais e normativos da política de saúde e por que existem.

Para saber sobre a importância das Normas Operacionais da Saúde para os gestores do SUS e a estratégia de descentralização prevista na NOAS 01/2002 ver sub-área “Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais” questões 2.2.9 e 2.2.10.

Sites:

www.saude.gov.br – No site estão disponíveis as portarias dos últimos cinco anos além da legislação em saúde.

Referências bibliográficas:

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Abrasco, vol.6, n.2, 2001. Ler também os artigos dos debatedores.

Relação entre níveis de governo na gestão dos sistemas de saúde. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. Oficina 2. Texto-base para debate. São Paulo, 11-14 de agosto de 2002.

LUCCHESI, P. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde- retrospectiva 1990/1995. Planejamento e Políticas Públicas/IPEA. Brasília, Ipea, n.14. p.75-156.

2.1.13 O que foi definido de recursos financeiros para dar sustentação à política pública de saúde desenhada na CF 88?

Na Constituição Federal de 1988 ficou definido o Orçamento da Seguridade Social (OSS) com o objetivo de financiar as ações da previdência, saúde e assistência social. Com a criação do OSS alterou-se o padrão de financiamento da política de proteção social no Brasil, antes baseado na folha de pagamento, e instituiu-se um orçamento com receitas de diversas fontes. A lógica foi de composição de um orçamento social com uma base ampliada de receitas, captadas direta e indiretamente da sociedade, buscando a construção de uma política de solidariedade social, onde todos passariam a financiar uma política de proteção social ampliada. De outra forma, esse modelo visava também contornar a extrema vulnerabilidade do financiamento da política social presente no padrão anterior, estabelecendo fontes mais estáveis e ampliadas de receitas.

Assim, conforme o disposto no art. 195 da Constituição Federal, o OSS é financiado por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; II - dos trabalhadores; III - da receita de concursos de prognósticos (leia-se: loterias). Desde 1996, além das contribuições sociais já previstas na Constituição, somou-se a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Para a divisão dos recursos entre saúde, previdência e assistência, foi pensado um critério negociado que considerasse as necessidades de cada setor. Nesse sentido, ainda no debate da Assembléia Nacional Constituinte (em 1987/88), ficou definido, nas disposições transitórias da Constituição, que a saúde deveria contar, para o seu financiamento, com um patamar mínimo de 30% dos recursos da Seguridade Social e que a cada ano se estaria reavaliando valores no debate da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Mas alguns estudos já demonstraram que desde a Constituição o maior valor alcançado pela saúde como percentual da seguridade foi de 23,64%, no ano de 1991. E que outros mecanismos de retirada de recursos do caixa da Seguridade, como a incorporação dos encargos previdenciários da União

(EPU) aos orçamentos de cada ministério (antes vinculado diretamente ao Tesouro), e a vinculação das contribuições dos trabalhadores à pasta da Previdência Social, a partir de 1993, vieram contribuir para uma política de desfinanciamento do setor da saúde.

Com relação ao papel dos estados e municípios no financiamento da política de saúde, explicitado na Constituição Federal de 1988, pode-se dizer que apenas com a aprovação da Emenda Constitucional 29, de 2000, houve uma definição explícita de critérios e parâmetros para a participação destes. Na emenda estão previstos percentuais da receita disponível da União, dos estados e municípios para serem aplicados na saúde - tem-se início com um patamar mínimo de 7% das receitas municipais e estaduais e um acréscimo de 5% sobre o montante empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999. Nos anos seguintes, até 2004, os percentuais previstos para estados e municípios deverão elevar-se até atingir 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais, enquanto a participação da União, nas disposições transitórias da legislação, será corrigida pela variação nominal do PIB. Sobre a regulamentação e implementação da emenda existe ainda um amplo debate que especifica aspectos conceituais de ações e serviços públicos de saúde, bases de cálculos para a definição de recursos mínimos e formas de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento na emenda. Para uma atualização no debate ver o documento “ A operacionalização da Emenda Constitucional nº29” produzido no Seminário sobre o tema, realizado em setembro de 2001. E ainda a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº316, de abril de 2002. A Resolução do Conselho vem suprir a necessidade de regulação até que se defina a Lei Complementar sobre a matéria.

Encargos Previdenciários da União (EPU) -

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) -

Links:

Para saber mais sobre o financiamento da saúde no Brasil ver também questão 2.1.14, 2.1.15, 2.1.16, 2.1.17 e 2.1.18.

Ver também as questões 2.2.19, 2.2.20 e 2.2.21 da sub-área “Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais”, que esclarecem alguns aspectos do debate.

Referências Bibliográficas:

FARIA, T.W. Dilemas & Consensos: a Seguridade Social Brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988. Um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva), 1997.

FAVERET, A.C.C.S. Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/UERJ, Tese de Doutorado. 2002.

DAIN, S. Financiamento da Seguridade Social. In: MPS/ CEPAL A Previdência Social e a Revisão Constitucional. Brasília, Convênio MPS/CEPAL, 1994.

PIOLA, S.F. e BIASOTO JR., S. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (org). Brasil. Radiografia da Saúde. Campinas, SP, UNICAMP, 2001.

MARQUES, R.M. e MENDES, A. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 316 de 04 de abril de 2002, do Conselho Nacional de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Operacionalização da Emenda Constitucional nº 29. Relatório do Seminário sobre a operacionalização da emenda constitucional nº29. Brasília 19, 20 e 21 de setembro de 2001: relatório do seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da emenda constitucional nº29. Brasília, Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, 2002.

Sites:

www.saude.gov.br/sis/siops – Na página do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é possível verificar o quantitativo de recursos aplicado na saúde por estados e municípios (apenas para aqueles que já responderam ao Sistema), além de boletins e estudos sobre a situação nacional/regional e simulações com a implementação da emenda constitucional 29, dentre outros informes.

2.1.14 Quanto se gasta em saúde no Brasil? O que se gasta é muito ou pouco?

Para uma análise consistente dos gastos em saúde no Brasil é preciso que se considere os gastos efetuados pelos três níveis de governo – federal, estadual e municipal, além dos gastos efetuados pelo setor privado.

Sobre os gastos federais é possível apresentar uma série histórica reunindo toda a década de 90 (ou mesmo períodos anteriores) mas sobre os gastos estaduais e municipais ainda pouco se sabe, sendo bastante recente (1999) a construção do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que disponibiliza informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo. Mesmo assim esse sistema ainda não consegue reunir o conjunto de informações dos municípios e estados do país, obtendo, em novembro de 2002, 59,7% de resposta dos municípios, para o ano-base 2002. A expectativa é que nos próximos anos o Sistema já esteja plenamente implementado, reunindo informações sobre o conjunto dos municípios e estados, permitindo uma visão mais consistente dos gastos em saúde.

Por ora, trabalhamos com o último dado do Ministério da Saúde (2002) que demonstra que os gastos federais em saúde (ano base 1998) constituem 54% dos recursos da saúde e que os gastos estaduais e municipais constituem 19% e 27% dos recursos, respectivamente. Deve-se considerar que foi durante a década de 90 que se efetivou a estratégia da descentralização e que gradativamente vem crescendo a participação dos estados e municípios no financiamento do sistema. Em 1980, o peso dos recursos federais era da ordem de 70% e em 1994 esse percentual já estava em 60%, sendo esta uma tendência que deverá se acentuar ainda mais com a implementação da Emenda Constitucional 29, que prevê recursos dessas esferas de governo. Mesmo assim, a análise dos gastos federais em saúde na atualidade permite visualizar o que foi implementado em termos de política de financiamento na década, identificando os pontos críticos desse processo.

Assim, sobre o financiamento federal para a saúde nos anos 90 é possível tecer alguns comentários. Nos três primeiros anos da década (90-92), o volume de recursos aportados para o setor foi se tornando progressivamente menor. Em valores absolutos esse foi o período (governo Collor) que menos se obteve recursos

para a saúde - em 1990 foram 9,50 bilhões de dólares, em 1991 US\$ 7,90 bilhões e em 1992 US\$ 6,57 bilhões, menos da metade do que havia sido aplicado na década de 80. Essa perda foi parcialmente recuperada em 1993 e 1994 (governo Itamar Franco), aumentando de forma importante durante o primeiro governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), mas com oscilações anuais (US\$16,22 bilhões em 1995; US\$14,20 em 1996; US\$17,58 em 1997; e US\$16,6 em 1998). A partir do ano de 1999 novamente se percebeu uma queda drástica no volume de recursos federais para saúde, atingindo patamares médios compatíveis aos momentos de crise, em 1999 US\$ 11,4 e em 2000, US\$ 10,7 (de acordo com o orçamento previsto).

No entanto, o aumento de recursos a partir de 1993 não significou um aumento real para a assistência à saúde pois foi também a partir desse ano que se passou a incorporar os encargos previdenciários da União (EPU) no orçamento da saúde, além da perda de recursos para a previdência (vinculação de fontes), amortização de dívidas e outros fatores, como os custos do próprio sistema.

A análise dos gastos federais na década demonstra um quadro de crise de financiamento do setor, com marcante instabilidade de recursos e baixa previsibilidade dos mesmos. Diante da escassez de recursos ficou difícil manter uma política planejada para a saúde. Nesse contexto, estados e municípios têm sido chamados a participar mais ativamente no financiamento da política de saúde o que também deixou os níveis sub-nacionais com uma margem restrita de manobra, principalmente considerando ainda que as transferências dos recursos federais para a saúde são de grande monta e vinculados a programas e ações específicas.

Outra face da moeda dos gastos em saúde é a parcela de recursos aplicados pelo setor privado de saúde. Também sobre o gasto privado trabalha-se com base em estimativas de valores, o que se tem para o ano de 1996 é que o gasto público e o gasto privado em saúde somados correspondem a 54 bilhões de reais (conversão em dezembro de 1999), o equivalente a 5,1% do Produto Interno Bruto, com um valor **per capita** de R\$ 352,59. Estando o setor público com uma participação de 62,6%, equivalente a 3,2% do PIB, e a assistência médica complementar de 29,4%, equivalente a 1,5% do PIB.

Esses últimos valores permitem um aproximar da realidade e uma comparabilidade com outros países. Em 1995, nossos vizinhos Argentinos gastavam 9,7% do PIB com saúde (4,3% do PIB gasto público) e os Chilenos gastavam 6,2% do PIB com saúde (2,5% do PIB gasto público). Já o Canadá gastava 9,2% do PIB com saúde (6,6% do PIB gasto público), os EUA 14% (6,6% do PIB gasto público) e o Reino Unido 6,9% (5,8% do PIB gasto público). Apenas para compreendermos melhor esses dados, em termos pessoa/ano, os EUA apresentam o maior valor gasto em saúde no mundo, alcançando o equivalente a US\$ 13.000 pessoa/ano. Considerando que os EUA apresentam um sistema de atenção à saúde majoritariamente privado e que possui mais de 45 milhões de pessoas excluídas do sistema (17% da população), pode-se concluir que gastos elevados em saúde não significam necessariamente garantia de atenção à saúde.

Esse é um dos debates da última década (90): a questão dos gastos em saúde e como interpretá-los. Nesse contexto, tem crescido a participação da **economia da saúde** com uma reflexão sobre o uso eficiente dos recursos. A lógica de racionalizar recursos ganhou espaço no contexto da saúde, ou seja, a palavra de ordem passou a ser obter os maiores benefícios sociais em relação aos menores custos sociais incorridos em sua consecução e não necessariamente gastar menos ou mais com saúde. Se, por um lado, o debate trouxe contribuições para se começar a pensar os gastos em saúde - desperdícios, fraudes, uso e distribuição dos recursos, responsabilização dos gastos, etc. - , por outro, trouxe o debate para uma dimensão excessivamente racional, esquecendo de compreender quem são as pessoas, contextos e processos presentes em cada situação.

Assim, responder se o gasto em saúde é ou não adequado a uma realidade exige uma compreensão ampliada de saúde e seus determinantes, bem como da capacidade de intervenção dos sistemas de saúde diante dos problemas que se apresentam. Os dados aqui apresentados apenas demonstram a complexidade dessa discussão e o quanto é preciso avançar na sua análise. Apenas um dado é concreto para o caso brasileiro: ainda estamos distante de uma realidade de saúde compatível com os preceitos constitucionais e para garantir uma saúde universal, integral e equânime é preciso investir mais em saúde.

Glossário e termos e conceitos:

Per Capita –

Economia da Saúde -

Produto Interno Bruto -

Links:

Para ver os dados disponibilizados pelo SIOPS acesse a página do Ministério – www.saude.gov.br/sis/siops.

Para saber mais sobre os problemas do financiamento da saúde no Brasil ver também questões 2.1.15, 2.1.16. e 2.1.17.

Referências Bibliográficas:

PIOLA, S.F.; BIASOTO JR., S. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (org). Brasil. Radiografia da Saúde. Campinas, SP, UNICAMP, 2001.

PIOLA, S.F. *et ali*. Financiamento das Políticas Sociais: o caso do Ministério da Saúde. Revista do Serviço Público. Ano 51, n.3. Brasília, ENAP, 2000.

MARQUES, R.M. e MENDES, A. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde, 2000.

Relação entre níveis de governo na gestão dos sistemas de saúde. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. Oficina 2. Texto-base para debate. São Paulo, 11-14 de agosto de 2002.

ALMEIDA, C. *et ali*. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Washington, OPAS, Pesquisa em Saúde Pública. Documentos Técnicos, 1999.

IPEA. O Brasil na virada do milênio: trajetória do crescimento e desafios do desenvolvimento. Brasília, IPEA, 1997. Volume 2.

MÉDICI, A.C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S.F. & VIANNA, S.M. (orgs). Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, IPEA, 1995.

WHO. The World Health Report 2000: health systems improving performance. World Health Organization, Switzerland, 2000.

Sites:

www.saude.gov.br/sis/siops – Na página do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é possível verificar o quantitativo de recursos aplicado na saúde por estados e municípios (apenas para aqueles que já responderam ao Sistema), além de boletins e estudos sobre a situação nacional/regional e simulações com a implementação da emenda constitucional 29, dentre outros informes.

www.who.int/en - O site apresenta questões atuais sobre a política de saúde no mundo além de disponibilizar informações e textos com indicadores de saúde, como o Relatório da Saúde no Mundo ano 2000.

www.opas.org.br – O site apresenta questões atuais sobre a política de saúde com um enfoque para a América Latina. Publicações sobre temas diversos da política estão disponíveis.

2.1.15 Por que persiste a insuficiência de recursos no setor saúde mesmo após a aprovação da CPMF?

Ao longo dos anos 90, observou-se uma instabilidade no padrão de financiamento da política de saúde, decorrente do processo de especialização de fontes, com a vinculação das contribuições sociais à pasta da previdência social, da tendência de recentralização fiscal e da ampliação dos programas devido à universalização dos direitos.

A situação de incerteza e a crise de financiamento do setor levou à busca de soluções transitórias, como a criação do Imposto sobre Movimentação Financeira (IPMF), em 1994, rebatizado como Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996. A CPMF vigorou até o final de 1998 e, após intenso debate legislativo, foi novamente prorrogada, deixando de ser uma contribuição exclusiva da saúde.

Quando a CPMF foi proposta, no ano de 1995, como um imposto exclusivo para a área da saúde, a situação de crise era alarmante. Estimava-se aprovar a CPMF até

outubro de 1995 possibilitando uma arrecadação de 6 bilhões a mais no orçamento de 1996. Esse montante de recursos permitiria atualizar os valores de julho de 1994 no atendimento médico ambulatorial e ampliar ações no combate às endemias, programas de saúde da família e agentes comunitários.

Por uma série de fatores inerentes ao próprio processo político e aos interesses nele implicados, a CPMF só foi aprovada no ano de 1996 e sua arrecadação prevista para o ano de 1997. Nesse contexto, alguns elementos contribuíram num processo de desgaste dessa estratégia:

1 - o orçamento de 1996 já havia previsto a parcela de recursos da CPMF, bem como sofreu um corte de 4 bilhões do que havia sido o orçamento do ano anterior, com isso o orçamento de 1996 que seria maior em 6 bilhões do que o exercício de 1995 ficou na realidade com 10 bilhões a menos do que o esperado.

2 – apesar da Lei de Diretrizes Orçamentárias prever que em vista de uma eventual frustração da CPMF seriam dispostos recursos do Fundo de Estabilização Fiscal, tal fato não ocorreu mantendo o caixa da saúde sem recursos.

3 – diante da crise, o Ministério recorreu aos recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), contraindo uma dívida total que seria paga tão logo ocorresse a arrecadação da CPMF.

4 – o orçamento de 1997, incluindo a CPMF, foi mais uma vez inferior ao de 1995, e a CPMF ao invés de somar-se como um recurso para a saúde serviu como uma fonte substitutiva de outras fontes, como a Contribuição para o financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas (CSLL).

Sobre esse último aspecto, segundo o Conselho Nacional de Saúde (1998), a arrecadação da CPMF chegou a R\$ 6,7 bilhões em 1997, mas seu impacto foi praticamente neutro, pois substituiu outras fontes tradicionais do setor. Os dados atestam mudanças na participação de cada contribuição ano a ano. Em 1997, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) foi responsável por 19,3% da execução orçamentária do Ministério da Saúde, a COFINS por 25,9% e a CPMF por 27,8%, totalizando 73,0% da execução orçamentária do setor. No ano seguinte, os

percentuais para as mesmas fontes foram de 8%, 26% e 37%, totalizando 71% dos recursos alocados. Caso fosse mantida a participação em 1996 das demais fontes ao financiamento da saúde, o Ministério da Saúde teria a sua disposição R\$ 21,4 bilhões em 1997 e R\$ 22,6 bilhões em 1998. Nesses dois anos, entretanto, o gasto do referido Ministério foi de R\$ 19,4 bilhões em 1997 e de R\$ 17,6 bilhões em 1998.

O retrocesso ou estagnação dos gastos é ainda maior se levarmos em conta a inclusão em cada Ministério, a partir de 1993, da despesa relativa aos Encargos Previdenciários da União (EPU), antes consolidados em rubrica própria. Na Saúde, tais despesas crescem mais de 70% no período assinalado, passando de R\$ 940 milhões em 1993 para R\$1.754 milhões em 1998, em reais de dezembro de 1998.

Referências Bibliográficas:

PIOLA, S.F. e BIASOTO JR., S. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (org). Brasil. Radiografia da Saúde. Campinas, SP, UNICAMP, 2001.

JATENE, A. Novo modelo de saúde. Estudos Avançados. Volume 13, n.35, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Financiamento da saúde é obra inacabada. Jornal do Conselho Nacional de Saúde, Brasília, ano 1, n. 1, p. 5, set.-out. 1998.

Sites:

www.saude.gov.br/conselho

2.1.16 A Emenda Constitucional 29 trará efetivamente mais recursos para a saúde?

O estabelecimento de fontes estáveis para o financiamento público da saúde mostrou-se uma necessidade para o planejamento das ações de saúde, uma vez que a legislação orçamentária não foi capaz de resguardar nem a suficiência nem a estabilidade dos aportes de recursos para saúde. Durante a década de 90, surgiram várias propostas de emendas à Constituição (PECs) visando garantir tais recursos e após trabalhosa e prolongada tramitação, o Senado Federal aprovou, em 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional n.º 29/00.

A nova norma constitucional define um patamar mínimo inicial de 7% das receitas municipais e estaduais a serem aplicadas em saúde e um acréscimo de 5% sobre o

montante empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999. Nos anos seguintes, até 2004, os percentuais previstos para estados e municípios deverão elevar-se até atingir 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais, enquanto a participação da União, nas disposições transitórias da legislação, será corrigida pela variação nominal do PIB.

Dada as diferentes regras de crescimento das vinculações estabelecidas para as diversas esferas de governo, uma avaliação precisa do montante de recursos adicionais que a implementação da Emenda trará ao sistema público de saúde, depende da antecipação da evolução das receitas públicas de estados e municípios, e do crescimento do PIB, no caso dos recursos da União.

Alguns estudos já foram realizados buscando estimar o impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde. Dentre as principais conclusões desses estudos estão:

- com a vinculação estima-se um crescimento apreciável dos recursos destinados ao financiamento da saúde pelos três níveis de governo, da ordem de 42,3% em reais ou de 25,3% em percentual do PIB;
- os governos estaduais serão os mais exigidos para atingir os percentuais estabelecidos, principalmente pelo fato de serem na atualidade os níveis mais reduzidos de gastos comparado aos demais entes federados;
- dentre os municípios, os que localizam-se no interior serão os mais exigidos, também pela série de gastos realizada até então comparado aos municípios de maior porte e capitais;
- e o governo federal terá uma expansão real de 41,3% dos gastos tomando como referência o ano de 1998.

O que as estimativas revelam é que serão exigidos esforços diferenciados por parte de algumas esferas de governo e, também, por parte de alguns entes federados, dada as grandes diferenças percentuais de recursos próprios aplicados em saúde. A expectativa com relação a Emenda Constitucional 29 é que ela possibilitará o avanço do processo de democratização do acesso às ações e aos serviços de

saúde para a população brasileira e uma maior distribuição e divisão de responsabilidades no financiamento e gestão da política de saúde.

Links:

Para compreender as mudanças introduzidas pela emenda no financiamento da política de saúde e identificar as receitas que servirão de base para a vinculação dos recursos para União, estados e municípios ver questões 2.2.19 e 2.2.20 da sub-área “Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais”.

Referências Bibliográficas:

MARQUES, R.M. “O financiamento do sistema público de saúde brasileiro”. Cepal, Série Financiamento del desarrollo, nº 82, Santiago do Chile, agosto de 1999.

JAEGER, M.L. E CARVALHO, G. A questão do financiamento suficiente e definitivo para a saúde: as PECs e o ano de 1998. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, mimeo, julho de 1998.

FAVERET, A.C.S.C. *et alii*. Estimativas do impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde (emenda constitucional nº29/2000). BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, Brasil, Ministério da Saúde, 2001.

2.1.17 Os municípios e estados terão recursos para aplicar na saúde como prevê a Emenda Constitucional 29? Como não extrapolar o orçamento e ferir a lei de responsabilidade fiscal?

A Emenda Constitucional 29 traz à tona, mesmo que sem a intenção explícita, a questão da reforma tributária e da necessária descentralização das fontes fiscais para os níveis estadual e municipal de governo mas sua intenção foi de garantir, num cenário de progressiva e constante perda de recursos para a saúde, um percentual de recursos garantido para o setor, o que foi alcançado com sucesso. No entanto, tal fato não se confunde com a lei de responsabilidade fiscal que traz uma outra gama de questões e desafios, como a capacidade de estados e municípios de gerenciar seus orçamentos sem extrapolar a receita e cumprir metas acordadas no plano de governo.

Na emenda constitucional a suficiência dos recursos das esferas de governo é abordada considerando o dispositivo de flexibilização dos percentuais e o caráter gradualista da proposta. Assim, os percentuais propostos na emenda podem ser revistos passados cinco anos. De outra forma, há uma visão bastante otimista do processo com a perspectiva de que o país venha a ingressar numa trajetória de maior crescimento, gerando impactos positivos sobre a sua arrecadação, além da consideração de que o ajuste fiscal implementado nas diversas esferas de governo, com a Lei de Responsabilidade Fiscal, possibilitará um maior controle das contas estaduais e municipais e não o seu achatamento.

Por outro lado, algumas questões já se materializam como problemas à medida que se prevê a institucionalização da emenda. Dentre os principais aspectos ligados às repercussões no setor saúde da implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal e a Emenda Constitucional está a questão do limite para a despesa de pessoal e a contratação de pessoal, mediante recursos transferidos pelo Governo Federal, para os Programas de Saúde Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Há uma preocupação dos gestores que seja contabilizado como gastos com pessoal os gastos com a contratação para esses Programas, inchando o orçamento e levando a inibição de gastos sociais. A questão foi abordada no Seminário promovido pelo Ministério da Saúde sobre “A operacionalização da Emenda Constitucional nº29”, realizado em setembro de 2001, Brasília, e ainda merece aprofundamento, não tendo sido implementada nenhuma outra medida reguladora de consenso sobre a questão.

Glossário e termos e conceitos:

Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar 101 de 04 de maio de 2000. Esta Lei estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição. A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de

garantia e inscrição em Restos a Pagar. As disposições desta Lei Complementar obrigam a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Links:

Ver também questão 2.2.22 da sub-área “Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais” para entender como se aplica o Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIPOS) no processo de acompanhamento da Emenda Constitucional 29.

Referências Bibliográficas:

JAEGER, M.L. E CARVALHO, G. A questão do financiamento suficiente e definitivo para a saúde: as PECs e o ano de 1998. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, mimeo, julho de 1998.

FAVERET, A.C.S.C. *et ali*. Estimativas do impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde (emenda constitucional nº29/2000). BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, Brasil, Ministério da Saúde, 2001.

Sites:

www.saude.gov.br/conselho

www.saude.gov.br/sis

2.1.18 Quais foram os principais problemas enfrentados na política de financiamento do SUS desde a sua aprovação?

O primeiro e mais importante problema enfrentado pela política de financiamento do setor saúde, desde a aprovação do SUS em 1988, diz respeito à instabilidade das fontes de recursos, não tendo sido definida uma vinculação específica e permanente para a saúde. No debate da Assembléia Nacional Constituinte ficou definido que, a cada ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) definiria uma partilha mais adequada dos recursos entre saúde, previdência e assistência social. No entanto, apesar de algumas LDOs definirem esse percentual, o mesmo foi entendido mais como um teto orçamentário do que como um piso.

Alguns agravantes foram se somando desde então. A partir de 1993, os recursos do INSS deixaram de ser repassados ao MS, sendo exclusivos da previdência. Com isso, a saúde perdeu importante fonte de cobertura tendo que disputar com outras fontes de receitas como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL). Outro fator importante para a restrição orçamentária da saúde foi a incorporação dos Encargos Previdenciários da União (EPU) no orçamento da saúde, antes consolidados em rubrica própria. Na Saúde, tais despesas cresceram mais de 70% no período de 1993 a 1998, passando de R\$ 940 milhões em 1993 para R\$1.754 milhões em 1998, em reais de dezembro de 1998. O resultado desse processo foi a diminuição drástica do volume de recursos disponível na década de 90 e uma situação de incerteza constante. Os muitos problemas de caixa vividos pelo setor levaram à busca de empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), onerando os orçamentos dos anos subsequentes, corroendo os recursos do setor mesmo com a entrada de novas fontes, como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Com relação aos recursos dos estados e municípios apenas com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC 29/00), se definiu um patamar mínimo de recursos a serem aplicados. Até então havia uma ausência de critérios e parâmetros para definir a participação dos governos subnacionais, fazendo com que todas as pressões para aumento dos recursos setoriais recaíssem exclusivamente sobre a União.

A emenda traz ainda como contribuição a definição de patamares mínimos de recursos da União a serem aplicados, garantindo uma maior previsibilidade e constância de recursos, buscando superar o obstáculo da instabilidade.

Links:

Ver também questões relativas ao financiamento do setor saúde no Brasil – 2.1.13, 2.1.14, 2.1.15, 2.1.16 e 2.1.17. Além das questões 2.2.19 e 2.2.20 da sub-área “Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais”, que abordam as mudanças introduzidas pela emenda no financiamento da política de saúde para União, estados e municípios e a base para a vinculação de recursos.

Referências Bibliográficas:

PIOLA, S.F. e BIASOTO JR., S. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (org). Brasil. Radiografia da Saúde. Campinas, SP, UNICAMP, 2001.

MARQUES, R.M. e MENDES, A. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde, 2000.

Sites:

www.saude.gov.br/conselho

www.saude.gov.br/sis

2.1.19 Qual é o papel do Estado na regulação do setor privado?

Tanto na Constituição Federal de 1988 como na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) está previsto que a saúde é livre à iniciativa privada, podendo as instituições privadas participarem ainda de forma complementar do Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio.

Estão vedadas, segundo essas leis, o destino de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde (salvo exceções) e a comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados.

Dessa forma, o Estado atua na regulação do setor privado observando as regras dos Conselhos profissionais, os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde quanto as condições para o funcionamento dos serviços. No caso de participação de empresas ou de capitais estrangeiros, através de doações de organismos internacionais e outros afins, é obrigatória a autorização do Ministério da Saúde para o controle das atividades a serem desenvolvidas.

Mais recentemente, 1998, uma lei específica (Lei 9656/1998) tratou da regulação dos planos privados de assistência à saúde, visando definir com maior detalhamento as regras de funcionamento, organização e controle das operadoras de planos, até

então sem uma regulamentação única. O debate em torno da elaboração da lei desvelou um elenco de abusos das operadoras contra os clientes e remeteu à esfera pública as atribuições de regulação e controle da assistência intermediada pelas empresas de assistência médica suplementar. Desde a aprovação da Lei, em 1998, um conjunto expressivo de medidas provisórias foi apresentado, alterando e regulando aspectos da lei, em alguns casos avançando no processo regulatório, em outros cedendo às pressões das seguradoras, como a desistência da obrigatoriedade da adaptação dos contratos antigos às inclusões das coberturas previstas pela legislação.

No ano 2000, uma nova lei (Lei 9961/2000) instituiu a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com o objetivo de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. A Agência, de natureza autárquica especial, caracteriza-se por ter autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, além de autonomia nas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes, se constituiu ao lado da Agência Nacional de Vigilância Sanitária como uma instituição de defesa dos direitos do consumidor, afirmando-se como uma instituição longe dos vícios da burocracia intervencionista tradicional. Várias críticas têm sido feitas a esse formato institucional e estão centradas principalmente na condução do processo de regulação dado de forma estanque da direção SUS, com iniciativas muitas vezes conflitantes com as diretrizes de universalização, equidade e descentralização.

Esses são os instrumentos que hoje compõem o arcabouço regulatório do sistema de saúde em relação ao setor privado. Sobre eles podemos dizer que há ainda muito a se avançar, especialmente no que diz respeito à regulação dos planos e seguros de saúde. Para se situar nesse amplo debate veja o texto disponível no site da Agência Nacional de Saúde sobre regulação e saúde – www.ans.gov.br/portal/site/aans/publicacoes.asp.

Referências Bibliográficas:

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol.6,n.2, 2001. Rio de Janeiro, Abrasco, 2001.

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, B. & DI GIOVANNI, G. (orgs.) Brasil. Radiografia da Saúde . Campinas, SP, UNICAMP, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Ministério da Saúde, ANS, Série Projetos, Programas e Relatórios, 2002. (disponível no site da ANS).

Sites:

www.ans.gov.br - No site estão disponíveis informações gerais sobre a agência e as operadoras de planos de saúde, a legislação sobre a temática, orientações aos consumidores, publicações e outros.

Perguntas a serem desenvolvidas em outra fase do projeto:

1 - Os avanços em termos da ampliação dos benefícios e serviços para a saúde assegurados no texto constitucional vem sendo observados nas diferentes regiões do país?

- Quais são as tendências recentes do debate internacional sobre o papel do Estado no campo da saúde pública?

3 - O que é a proposta de Reforma do Estado no Brasil e o que isso tem a ver com a discussão da política de saúde?

2.2 Gestão Pública da Saúde e Relações Intergovernamentais

Luciana Dias de Lima[□]

2.2.1 Quais os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil previstos na Constituição Federal de 1988?

A República Federativa do Brasil, Estado Democrático de Direito, é formada pela união indissolúvel de seus 26 Estados, 5560 municípios (existentes em 2001) e do Distrito Federal, todos com autonomia política, fiscal e administrativa.

São Poderes da União, estados, Distrito Federal e municípios, independentes e harmônicos entre si, o **Poder Legislativo**, o **Poder Executivo** e o **Poder Judiciário** e têm como objetivos fundamentais *“i) construir uma sociedade livre, justa e solidária; ii) garantir o desenvolvimento nacional; iii) erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; e iv) promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas”* (Art. 30, Constituição Federal, 1988).

Referências bibliográficas:

BRASIL, 1988. Constituição da República. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

Sites: <http://www.senado.gov.br/web/secsdefa/principa.shtm>

2.2.2 Quais as principais características das relações intergovernamentais em Estados Federativos?

A principal característica dos países federativos está relacionada à difusão de poder e autoridade em muitos centros, de modo que o **governo** nacional e os subnacionais

[□] Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ. Médica, especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

tenham poderes únicos e concorrentes para governar sobre o mesmo território e as mesmas pessoas.

Em uma **Federação**, os entes federados não agem por transferência do poder central, mas por terem seu poder definido constitucionalmente. Portanto, seja qual for a definição adotada, nos regimes federativos clássicos sempre se coloca a questão de uma soberania compartilhada. A existência de competências legislativas concorrentes e de competências comuns na oferta de bens e serviços é da essência do **federalismo**.

A estrutura federativa também pode ser vista como uma resposta ao problema de constituir e manter um **Estado Nacional** em contextos marcados por heterogeneidade de interesses de bases territoriais, onde há intensas pressões por autonomia política local. No entanto, a **federação** só pode existir em condições democráticas de **governo**, ou seja, em condições institucionais democráticas para constituir e preservar **governos** próprios e independentes.

Resumidamente, podemos dizer que o sistema federativo envolve pelo menos três idéias básicas: a) a idéia de igualdade entre os entes federados; b) a idéia de integridade, ou seja, de esferas autônomas; c) a idéia de cooperação, ou pacto. O **federalismo** é, portanto, o esforço de parceria para o estabelecimento de uma unidade entre os seus entes constituintes, sendo mutualmente reconhecida a igualdade e a integridade de cada um destes.

Nos sistemas federativos são observadas formas peculiares de relações intergovernamentais, constitutivamente competitivas e cooperativas e modalidades de interação necessariamente caracterizadas tanto pelo conflito de poder como pela negociação entre as esferas de **governo**. Como propõe alguns autores, o **federalismo** constitui um compromisso peculiar entre difusão e concentração do poder político em função da luta política e sobre as concepções predominantes sobre os contornos do **Estado Nacional** e sobre os graus desejáveis de integração e **equidade** social.

Portanto, são as próprias características do **federalismo** que fazem com que este, do ponto de vista da sua tradução efetiva, ou seja, do ponto de vista das **políticas públicas** e mais especificamente das políticas sociais, apresente-se sob diversos

arranjos na dependência de como são moldadas as relações entre as instâncias de **governo**. Há uma grande variação entre as relações intergovernamentais nos diversos países que adotam o **federalismo**, bem como em um mesmo sistema federativo e, por isso mesmo, não se pode referir a um único modelo ou padrão de relação centro x periferia.

Além disso, muito países tradicionalmente de estrutura não-federativa, como a Espanha e a Itália, apresentam atualmente uma forte tendência descentralizante. Pode-se dizer que a nova ordem dos **Estados Nacionais** nos últimos anos caracteriza-se pelos movimentos de descentralização e desconcentração, ao lado da multiplicidade de novas experiências e propostas federalistas e da propagação da criação de entidades federais no mundo ocidental.

Tendo em vista a instabilidade dos arranjos federativos e dos processos de centralização e descentralização em curso, alguns estudos mais recentes sobre essa temática específica apontam para a necessidade de se considerar a variedade de princípios federais que moldam as relações intergovernamentais dentro de diferentes países, em virtude de determinadas circunstâncias históricas, da dinâmica da economia política, dos partidos e da cultura política .

Referências bibliográficas:

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares, 1996. Federalismo e Políticas Sociais, In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares & SILVA, Pedro Luiz Barros (orgs). *Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo: FUNDAP, p. 13-40.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares, 2001. Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Idéias, Hipóteses e Evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. São Paulo: ANPOCS, p: 13 a 34, 1^o semestre.

FIORI, José Luiz, 1995. O Federalismo Frente ao desafio da Globalização. *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, n^o15.

KUGELMAS, Eduardo & SOLA, Lourdes, 1999. Recentralização/Descentralização – Dinâmica do Regime Federativo no Brasil dos Anos 90. *Tempo Social*, São Paulo, 11 (2): 63-83.

SOARES, Márcia Miranda, 1998. Federação, Democracia e Instituições Políticas. *Lua Nova*, São Paulo, 44: 137-163.

SOUSA, Celina, 1998. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, 42(2): 593-634.

SOUSA, Celina, 2001. Federalismo e gasto social no Brasil: Tensões e tendências. *Lua Nova*, São Paulo, 52: 5-28.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, LIMA, Luciana Dias, OLIVEIRA, Roberta Gondim, 2002. Descentralização e Federalismo: A Política de saúde em Novo Contexto – Lições do Caso Brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 7 (3): 493 a 507.

2.2.3 Quais as especificidades do federalismo no Estado brasileiro?

No Brasil, desde muito cedo o **federalismo** aparece como uma proposta para “manter junto” um país onde eram fortes as tradições localistas herdadas do período colonial. Manter a integridade territorial, portanto, transforma-se em uma questão central na agenda política, a partir da independência. Neste contexto, a idéia força para a construção e manutenção da **federação** associa-se e ainda se mantém associada à **descentralização**. Para alguns autores, trata-se de uma leitura particular do significado da **federação** que preponderou frente a discussão mais geral envolvendo a formação e modo de atuação do próprio **Estado**.

Mais especificamente, a **federação** brasileira apresenta-se como uma proposta de instituição moderadora das profundas disparidades geográficas existentes. Entretanto, suas características atuais constroem o centro e redirecionam o papel dos **governos** subnacionais (estados e municípios) na formulação e implantação de políticas públicas e provisão de serviços sociais, com grande diversidade de respostas, em razão das desigualdades territoriais: inter-regionais, inter-estaduais e inter-municipais.

Essa assimetria é outra característica marcante do **federalismo** no Brasil, posto que, embora constitucionalmente garantida, na prática, a autonomia das esferas subnacionais depende de suas condições financeiras, políticas e militares e não se traduz da mesma forma e abrangência para todos os membros da **federação**. Se essa heterogeneidade de poder pode ser verificada no âmbito dos estados, certamente é mais evidente para os municípios.

Os 5560 municípios brasileiros diferenciam o Brasil das demais federações existentes no mundo. Estas unidades política-administrativas têm poder para escolher seus representantes no executivo e legislativo local, assim como para definir regras e políticas próprias. São, por outro lado, altamente dependentes dos recursos tributários transferidos pela União e estados para o financiamento da **política pública**.

Por último, destaca-se a sobre-representação dos estados de menor população tanto no Senado, como na Câmara dos Deputados, onde estão representados os cidadãos. Se a sobre-representação das unidades territoriais menores na Câmara federativa do legislativo é um traço constitutivo de qualquer **federação**, no Brasil ela se destaca por ocorrer nas duas Câmaras.

Essa sobre-representação é considerada, por muitos autores, como um fato anômalo ou uma distorção do sistema federativo brasileiro. Isto porque, a sobre-representação de estados social e economicamente mais atrasados e a sub-representação do estado mais desenvolvido (São Paulo), teria redundado, por via do arranjo político, no reforço do poder das elites políticas e econômicas mais conservadoras, assegurado por sua atuação no Congresso Nacional. Não existem, no entanto, consenso sobre tais conclusões.

Em uma revisão recente feita sobre esse assunto são pontuados os seguintes aspectos: (1) não há pesquisas empíricas suficientes para sustentar as afirmações sobre as conseqüências políticas da sobre-representação/sub-representação; (2) a entrega de poder de veto a minorias conservadoras requer que se faça a cada legislatura o cálculo das perdas e ganhos em termos partidários e não estaduais; (3) a sobre e sub-representação não são resultados apenas das instituições federativas, mas também das regras eleitorais.

Referências bibliográficas:

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares, 2001. Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Idéias, Hipóteses e Evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. São Paulo: ANPOCS, p: 13 a 34, 1^o semestre.

Ver também: Para uma discussão sobre a evolução e caracterização das relações intergovernamentais no Brasil, ver também pergunta 2.2.4 desta sub-área.

2.2.4 Como evoluíram e como se caracteriza atualmente as relações entre o nível federal, estadual e municipal na Federação do Brasil?

As diversas análises realizadas sobre o tema das relações intergovernamentais no Brasil □ sejam as que priorizam a distribuição de recursos ou aquelas que relevam as relações político-administrativas □ são convergentes, visto que identificam três grandes períodos marcados por uma dinâmica de tensão e distensão de controles políticos e fiscais: (1) um primeiro, de alto centralismo, característico da fase do regime autoritário, que vigorou até a segunda metade da década de 1970; (2) outro, orientado para a **descentralização** e formação de um novo modelo federalista (a partir da segunda metade da década de 70), com fortalecimento dos **governos** subnacionais; e (3) um terceiro, indefinido quanto ao modelo de **federação**, mas com traços de recentralização e ausência marcante de mecanismos cooperativos, denominado por alguns autores de **federalismo** predatório, vigente nos anos 90.

A identificação destes três períodos distintos não descarta a existência de alguns aspectos de continuidade entre eles. No movimento de oscilação entre centralização e **descentralização no federalismo** brasileiro, convergem aspectos recentralizadores mesmo em períodos marcados por forte indução à **descentralização**.

O primeiro período, que vigorou como forma de relação intergovernamental no período do regime militar, firmava-se sobre três pilares: o financeiro, o administrativo e o político. A centralização de receitas pelo executivo federal, a uniformização administrativa nas três esferas de **governo** e o controle das eleições para governadores asseguravam a predominância da União sobre os demais entes federados.

A transição para um novo modelo de relação intergovernamental tem início na segunda metade da década de 70, consolidando-se com as eleições diretas para os **governos** estaduais em 1982, restauradoras da democracia no país. Esse período caracteriza-se pelo contínuo crescimento financeiro das unidades subnacionais, pelo papel dos governadores na transição democrática e importância das eleições estaduais para o sistema político e pela crise do presidencialismo brasileiro durante a década de 80 e começo da de 90.

Nele, a noção de democracia vincula-se estreitamente ao conceito de **descentralização**: ao longo do processo de elaboração do novo Texto Constitucional, houve pressão por parte de muitos grupos, especialmente aquele formado por prefeitos e governadores, que lideravam o movimento em prol da **descentralização** financeira.

A **descentralização** no Brasil, moldada na Constituição de 1988, teve uma feição municipalista, associada à expectativa de maior **controle social** e eficiência das políticas públicas. Ela instituiu o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), como instrumento de transferência de recursos federais tributários para o nível municipal. O FPM, associado aos critérios de transferência estabelecidos de acordo com a Lei Complementar nº 63 de 9/12/1989, contribuíram para a multiplicação dos municípios observada na última década. Tais critérios privilegiam claramente os municípios do interior com população abaixo de 156.216 habitantes e provocaram a intensificação de uma tendência à urbanização dos pequenos municípios já presentes na década de 60. Em que pese o privilegiamento dos municípios na partilha tributária, a necessidades de formulação de políticas nacionais integradoras e o poder político dos estados permanece forte em nossa **federação**.

Entretanto, na década de 90, a **descentralização** no Brasil ocorreu sob um padrão perverso de políticas públicas, pois nem a União conseguiu governar esse processo, nem os estados mudaram seu comportamento na elaboração da ação pública, visto que se mantiveram a politização da administração pública estadual, a dependência do sistema eleitoral ao **governo** estadual, a ausência de contrapesos regionais, a baixa visibilidade política e a neutralização dos órgãos fiscalizadores estaduais. O poder dos governadores permanece ancorado sobre uma relação de lealdade (que deve vigorar nas eleições), vinculada à distribuição de cargos do executivo estadual e à montagem de uma estrutura clientelista junto aos prefeitos e líderes locais.

Estudos recentes sobre o processo de mudança nas relações intergovernamentais, considerando-se os aspectos fiscais e financeiros, revela que a tendência à **descentralização**, presente na Constituição de 1988 □ autonomia dos **governos** estaduais no campo fiscal; discriminação das receitas tributárias de cada nível de **governo**; aumento da participação dos **governos** subnacionais na carga tributária e constituição da seguridade social □ , foi revertida na década de 1990, em virtude da

apropriação pelo Orçamento Geral da União dos recursos previstos para o financiamento da Seguridade e dos desequilíbrios financeiros dos **governos** subnacionais. Ressalta-se que as relações intergovernamentais se estabelecem em torno das transferências tributárias; das transferências não tributárias; e dos empréstimos e financiamentos. A incapacidade de manutenção do processo de **descentralização** decorre da fragilidade da base de sustentação fiscal dos estados.

Assim, frustra-se a proposta de **descentralização**, previstas na Carta Constitucional, pelas razões abaixo mencionadas:

- a previsão de aumento da participação das instâncias subnacionais nos fundos de participação não se efetivou, decaindo, entre 1988 e 1996, de 21% para 15% a sua participação na receita tributária da União, uma vez que os tributos partilhados (Imposto de Renda – IR e Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI) não acompanharam a evolução desta receita;
- os estados perderam autonomia, em razão dos seus níveis crescentes de endividamento;
- os recursos da seguridade foram contingenciados (primeiro, no período inflacionário, através dos atrasos na liberação; segundo, após a estabilização, pela criação do Fundo Social de Emergência e posterior Fundo de Estabilização Fiscal), tornando a seguridade uma variável de ajuste do processo de estabilização.a

Em suma, o processo de territorialização das políticas públicas, as mudanças no perfil urbano brasileiro, o incremento de recursos para as instâncias subnacionais e a redemocratização foram os fatores que desencadearam um novo ciclo descentralizador, a partir do início dos anos 80, culminando na Constituição de 1988. Nos anos de 1990, assiste-se a uma tendência recentralizadora, dos pontos de vista fiscal e político, e a uma fase de transição para um novo pacto federativo.

Esta indefinição, ao lado da recentralização de recursos, da perduração de formas arcaicas no exercício da política e na administração e da ausência de ações coordenadas nos três níveis de **governo**, resulta em padrões muito diferenciados de

políticas públicas, na dependência das capacidades financeiras e administrativas de estados e municípios para absorver novas atribuições gestoras.

Referências bibliográficas:

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares, 2001. Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Idéias, Hipóteses e Evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. São Paulo: ANPOCS, p: 13 a 34, 1^o semestre.

ABRUCIO, Fernando Luiz, 1998. *Os Barões da Federação. Os poderes e a Redemocratização Brasileira*. São Paulo: HUCITEC.

ABRUCIO, Fernando Luiz & SAMUELS, David, 1997. A Nova Política dos Governadores. *Lua Nova*, São Paulo, 40 (41): 137-166.

BARRERA, Aglas Watson & ROARELLI, Maria Liz de Medeiros, 1995. Relações Fiscais Intergovernamentais. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares & SILVA, Pedro Luiz Barros (orgs). *Reforma Tributária e Federação*. São Paulo: FUNDAP, p. 129-160.

COUTO E SILVA, M. M. A., 1998. O processo de endividamento dos Estados problemas e limites à descentralização e à autonomia. Dissertação de Mestrado. Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DAIN, Sulamis, 1995. Visões Equivocadas de uma Reforma Prematura. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares & SILVA, Pedro Luiz Barros (orgs). *Reforma Tributária e Federação*. São Paulo: FUNDAP, p. 43-74.

KUGELMAS, Eduardo & SOLA, Lourdes, 1999. Recentralização/Descentralização – dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Social*, São Paulo, 11 (2): 63-83, fevereiro.

PEPPE, Atílio Machado; PEREIRA, Eduardo da Silva; BRITO, Frederico Raphael C. Durão; MACEDO, Marcelo Hernandez (1997). Reflexões sobre a Federação Brasileira. *RAP*, Rio de Janeiro, 31 (4): 157-182.

SOUSA, Celina, 2001. Federalismo e gasto social no Brasil: Tensões e tendências. *Lua Nova*, São Paulo, 52: 5-28.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, LIMA, Luciana Dias, OLIVEIRA, Roberta Gondim, 2002. Descentralização e Federalismo: A Política de saúde em Novo Contexto – Lições do Caso Brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 7 (3): 493 a 507.

Ver também: para uma discussão sobre as especificidades do federalismo no Brasil, ver também pergunta 2.2.3 desta sub-área.

2.2.5 Como se organiza a gestão pública da saúde no Brasil?

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de **governo** designados para o desenvolvimento das funções de competência do **Poder Executivo** na área de saúde. Conforme o Art. 9^o da Lei Federal 8.080, de 19 de Setembro de 1990, a direção do SUS é única no nível nacional, estadual e municipal, sendo exercida pelos seguintes órgãos:

“I- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II- no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

III- no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.”

A legislação do SUS prevê a possibilidade da formação de “*consórcios administrativos intermunicipais*”, para o desenvolvimento conjunto de ações e serviços pelos municípios e de “*distritos*”, como forma de articulação de recursos, técnicas e práticas no âmbito municipal. Essas instâncias, mesmo no exercício de funções administrativas, não se constituem como unidades gestoras do sistema, com funcionamento independente das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Cabe ainda problematizar alguns aspectos relativos à **gestão** dos sistemas de saúde que dizem respeito à própria implantação das diretrizes e princípios do SUS. A diretriz da **descentralização** associada ao **comando único** (ou **gestão única**) em cada esfera de **governo** requer a observância: (1) das políticas do Ministério da Saúde para **gestão** do sistema no âmbito nacional; (2) das políticas das Secretarias Estaduais de Saúde para **gestão** do sistema no âmbito estadual; e (3) das políticas da Secretaria Municipal de Saúde para **gestão** do sistema no âmbito municipal.

Por outro lado, a **regionalização**, **hierarquização** e **integralidade** da assistência à saúde, demandam a formação e **gestão** de redes de atenção à saúde não diretamente relacionadas a uma mesma unidade político-administrativa da **Federação**, tais como: as redes interestaduais de ações e serviços de saúde (que envolvem mais de um estado) e as redes intermunicipais (que envolvem mais de um

município). Estes sistemas estão submetidos à negociação e ao comando dos diferentes níveis gestores do SUS e ressaltam a importância do funcionamento das **Comissões Intergestores**, como instâncias de pactuação de interesses e de decisão intergovernamental.

Um último aspecto importante a se considerar refere-se ao **controle social** no SUS. Cabe às **Conferências de Saúde** e aos **Conselhos de Saúde** elaborar as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos diferentes âmbitos de **governo**. Aos Conselhos de Saúde é conferido ainda o papel de fiscalização e controle do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e das propostas e metas previstas nos **Planos de Saúde**. Mesmo que não diretamente responsabilizados pelo desempenho de funções típicas da **gestão** dos sistemas de saúde – planejamento, programação, financiamento, controle, avaliação e **regulação** das ações e serviços de saúde -, tais instâncias ocupam papel importante na formulação e implantação da política de saúde e devem ser respeitadas pelos gestores do SUS no efetivo cumprimento de suas responsabilidades gestoras.

Referências bibliográficas:

BRASIL, 1990 – Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/ddga/ProcNorm/lei8080.htm>. Acesso em: 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre as funções gestoras no SUS, ver também perguntas 2.2.6 e 2.2.7 desta sub-área.

Sites na internet: <http://www.saude.gov.br/sas/>

2.2.6 Quais são as principais funções a serem desempenhadas pelos gestores do SUS?

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de **governo** designados para o desenvolvimento das funções de competência do **Poder Executivo** na área de saúde. Conforme o Art. 9º da Lei Federal 8.080, de 19 de Setembro de 1990, os gestores do SUS são, no âmbito da União, o Ministério da Saúde e no âmbito dos estados, Distrito Federal e municípios, as respectivas secretarias de saúde. De

forma geral, pode-se dizer que os gestores no SUS atuam em dois âmbitos bastante imbricados: o âmbito político e o âmbito técnico.

No âmbito político, cabe ressaltar que o compromisso do gestor, enquanto representante do **governo** no exercício da **administração pública** na área de saúde, deve ser o de zelar pelo interesse público e garantir a implantação dos princípios do SUS, visando a concretização da saúde como um direito social de **cidadania**. A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com outros atores do jogo democrático, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes.

O desempenho das funções do **Poder Executivo**, em um sistema político republicano e democrático como o Brasil, requer a interação do gestor com os demais órgãos de representação e atuação do **governo**: o chefe eleito do Executivo respectivo que o designou (Presidente, Governador, Prefeito); outros Ministros e Secretários; o Ministério Público; representantes do **Poder Legislativo** (Senadores, Deputados Federais e Estaduais, Vereadores) e do **Poder Judiciário**.

Por outro lado, o próprio arcabouço institucional do SUS prevê uma série de instâncias de representação e deliberação, envolvendo a participação dos diferentes níveis gestores do sistema e de diversos segmentos representativos dos interesses da sociedade no que diz respeito à área de saúde. Nesse sentido, destaca-se a participação dos gestores nos **Conselhos de Saúde** (compostos 50% por usuários e 50% por representantes do **governo**, profissionais de saúde e prestadores de serviços); nos Conselhos de Representação dos Gestores de âmbito nacional e estadual (**Conselho Nacional dos Secretários de Estado de Saúde – CONASS**, **Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS**, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados – **COSEMS**) e nas **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** e **Comissões Intergestores Bipartites (CIB)**.

No âmbito técnico, destaca-se a atuação dos gestores em diferentes campos que englobam: (1) formulação de políticas e planejamento; (2) financiamento; (3) coordenação, **regulação**, controle e avaliação (das ações, serviços e dos sistemas de saúde); (4) a prestação direta de serviços de saúde. Cada um desses campos (ou

grandes grupos de funções) compreendem uma série de atividades específicas. Por exemplo, dentro do campo formulação de políticas e planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação e seleção de prioridades e programação de ações e serviços.

Referências bibliográficas:

BRASIL, 1990 – Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/ddga/ProcNorm/lei8080.htm>. Acesso em 28/11/2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 11-14 de agosto. Oficina nº 2: Relação entre Níveis de Governo na Gestão dos Sistemas de Saúde. Texto-base para debate (mimeografado). Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/documentos/seminariointernacional.htm>. Acesso em: 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre as funções gestoras no SUS, ver também pergunta 2.2.7 desta sub-área.

Sites na internet: <http://www.saude.gov.br/sas/>

2.2.7 Quais as principais diferenças entre as competências estabelecidas para a União, Estados e Municípios na legislação da saúde?

Embora a Constituição de 1988, estabeleça nos seus artigos 196 a 200, os princípios, diretrizes e competências gerais do Sistema Único de Saúde, esta não aborda especificamente o papel de cada esfera de **governo** no SUS. O detalhamento das competências comuns e específicas da direção nacional, estadual e municipal do SUS é feito pela Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS).

A LOS estabelece em seu artigo 15º as atribuições comuns das três esferas de **governo**, de forma bastante ampla, abrangendo vários campos de atuação, que englobam: (1) formulação de políticas e planejamento; (2) funções dirigidas à promoção da saúde e prevenção de doenças; (3) funções voltadas para a programação, financiamento, coordenação, **regulação**, controle e avaliação de ações e serviços públicos e privados credenciados ao SUS.

Os artigos 16º a 19º procuram definir as competências específicas de cada gestor do SUS:

Ministério da Saúde: em geral, cabem ao Ministério da Saúde atividades estratégicas no âmbito nacional, seja no campo do planejamento, controle, avaliação e auditoria, como na promoção da descentralização. No que diz respeito às redes assistenciais, há um destaque no papel do MS em relação à definição e coordenação nacional de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, e de sangue e hemoderivados. Outro destaque é dado ao papel do MS na regulação do setor privado, abrangendo a elaboração de normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados de assistência e também o estabelecimento de critérios e valores para remuneração de serviços e de parâmetros assistenciais de cobertura, sujeitos à aprovação do Conselho Nacional de Saúde. É também apontada como de competência da direção nacional do SUS a identificação de serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde.

Secretarias de Estado de Saúde: no que concerne a função de planejamento, há uma referência indireta ao papel da direção estadual do SUS de planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, quando se fala que cabe aos municípios “participar” desse processo, “em articulação com sua direção estadual”. Quanto ao controle e avaliação, há um destaque mais explícito para o papel do estado de acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS. Em relação às redes assistenciais específicas, destaca-se o papel do gestor estadual na coordenação de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de hemocentros (somente nesses últimos dois casos, incluindo “gerir unidades que permaneçam em sua organização administrativa”). Não há referência a competências específicas do gestor estadual no que diz respeito ao planejamento, controle, avaliação, gestão e execução geral de ações e serviços, a não ser em caráter suplementar. Também em relação aos serviços privados contratados pelo SUS, não há menção de nenhuma competência específica do gestor estadual, seja na normatização, na contratação, no controle e avaliação.

Secretarias Municipais de Saúde: é dado forte destaque ao papel da direção municipal do SUS de planejar, organizar, controlar, avaliar as ações e serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde. Também em relação aos serviços privados, enfatiza-se o papel do gestor municipal na celebração de contratos e convênios (respeitado o art. 26º, que trata do estabelecimento de critérios, valores e parâmetros assistenciais pelo gestor nacional), controle, avaliação e fiscalização de prestadores privados. Portanto, as diversas competências de relação direta com prestadores públicos e privados são atribuídas aos gestores municipais do SUS. Em relação a redes assistenciais específicas, menciona-se o papel do gestor municipal de “gerir laboratórios públicos de saúde” e de “gerir hemocentros”.

Uma das maiores dificuldades para a concretização do arranjo federativo na área de saúde está relacionada à existência de competências concorrentes entre as diferentes esferas de **governo**. Conforme previsto na legislação, sinteticamente, as funções dirigidas à formulação de políticas, planejamento, promoção da saúde e prevenção de doenças devem ser compartilhadas por União, Estados e Municípios, assim como as funções relacionadas à programação, financiamento, coordenação, **regulação**, controle e avaliação de ações e serviços de saúde.

Por outro lado, observa-se uma tendência à preponderância do papel normatizador e regulador da União; do papel complementar dos Estados (exceptuando-se na **gestão** e oferta daqueles serviços de maior complexidade e abrangência) e do papel executor de ações e serviços pelos municípios. Destaca-se o papel de cooperação técnica e financeira do Ministério da Saúde junto aos estados e municípios e de cooperação técnica dos estados junto aos municípios.

Frente às imensas desigualdades regionais e sócio-econômicas do país, a divisão de responsabilidades entre os diferentes níveis gestores do sistema admite arranjos flexíveis, permitindo sua adequação às realidades dos diversos municípios e estados brasileiros.

Referências bibliográficas:

BRASIL, 1988. Constituição da República. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

BRASIL, 1990 – Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/ddga/ProcNorm/lei8080.htm>. Acesso em: 28/11/2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 11-14 de agosto. Oficina nº 2: Relação entre Níveis de Governo na Gestão dos Sistemas de Saúde. Texto-base para debate (mimeografado). Disponível em: <http://www.enasp.fiocruz.br/documentos/seminariointernacional.htm>. Acesso em: 28/11/2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000. 126ª Sessão do Comitê Executivo. Washington, D.C., 26-30 de junho de 2000. Funções Essenciais de Saúde Pública (mimeografado). Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/funcoes.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre as diferenças entre as funções gestoras no SUS, definidas pela NOAS 01/2002, ver também pergunta 2.2.11 desta sub-área.

Sites:

http://www.opas.org.br/servico/paginas/sala/exibe_titulos.cfm?codsubtema=69

<http://www.saude.gov.br/sas/>

□ **HYPERLINK** <http://www.senado.gov.br/web/secsdefa/principa.shtm>
<http://www.senado.gov.br/web/secsdefa/principa.shtm>

2.2.8 Existem instrumentos de regulação das relações intergovernamentais no Sistema Único de Saúde? Quais são eles e quais suas principais determinações?

As **normas operacionais** (NOs) do SUS são portarias do Ministério da Saúde que regulamentam as atribuições de cada nível de **governo** e os critérios e mecanismos de transferência de recursos federais de custeio da assistência para estados e municípios. As NOs mobilizam elevado volume de recursos e suscitam um intenso debate entre os gestores durante sua elaboração e implementação, podendo ser

consideradas importantes instrumentos de **regulação** das relações intergovernamentais no SUS.

Ressalta-se que os critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de **governo** são peças essenciais da política de saúde, pois atuam como definidores da repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera de **governo** no sistema de saúde. Isto deve-se ao fato do financiamento federal do SUS representar um percentual significativo do gasto público setorial, comparativamente ao gasto efetuado a partir de receitas fiscais próprias dos estados e municípios.

Na década de 80, o percentual dos gastos federais com saúde foi sempre superior a 70% dos gastos públicos na área. Apesar do aumento progressivo da participação das receitas próprias, principalmente municipais, no total dos gastos públicos com saúde, essa parcela não superou até hoje os percentuais dos gastos federais que representam, em 1998, cerca de 54% dos gastos públicos totais (segundo estimativa feita estimativa recente realizada pela Secretaria de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde, a partir dos dados do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde).

Já foram publicadas 5 dessas normas: as Normas Operacionais Básicas de 1991 e 1992 (similar à anterior), de 1993, de 1996 e, mais recentemente, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), nas versões de 2001 e 2002.

De forma mais específica, pode-se afirmar que, a partir de 1993, as normas definem:

- as diferentes atribuições gestoras do nível federal, estadual e municipal sobre o planejamento e programação da assistência à saúde, pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria de ações e serviços prestados pelas unidades públicas e privadas credenciadas ao SUS;
- as responsabilidades e respectivas prerrogativas financeiras (modalidades de transferência de recursos federais e de remuneração de serviços) associadas a diferentes condições de gestão de estados e municípios. As **condições de gestão** do SUS foram primeiramente estabelecidas pela NOB 01/93 e dizem respeito a diferentes capacidades de gestão das secretarias municipais e

estaduais de saúde, envolvendo um dado conjunto de exigências e prerrogativas financeiras. Em última instância, como as normas definem os mecanismos e critérios de transferência dos recursos federais para custeio da assistência, as condições de gestão estão relacionadas a diferentes graus de autonomia de gestão apenas destes recursos financeiros, utilizados para remuneração das ações e serviços prestados no âmbito do SUS.

- os requisitos específicos utilizados como base para avaliação da capacidade gestora das secretarias municipais e estaduais de saúde que pleiteiam a habilitação nas condições de gestão previstas, respectivamente, pelas **Comissões Intergestores Bipartite (CIB)** e **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**.

As características do processo de **descentralização** da política de saúde no Brasil marcado pela edição das NO são: (1) forte indução do nível central, subordinada ao debate e negociação entre os gestores das três esferas de **governo** ocorrido no âmbito da **Comissão Intergestores Tripartite**, através do estabelecimento de regras gerais e estímulos financeiros; (2) adesão baseada em critérios nacionais e condicionada à avaliação e decisão das instâncias de pactuação intergestores.

As NOs foram elaboradas em momentos diversos de implantação do SUS e apresentam diferenças importantes entre si. Entretanto, percebe-se também um certo *continuum* entre essas normas, no que diz respeito ao seu caráter formativo e à proporção cada vez maior de estados e municípios assumindo responsabilidades de **gestão** no SUS. Desta forma, ao final do ano 2001, mais de 99% dos municípios e 12 entre as 27 Ufs estavam habilitados a uma das condições de **gestão** da NOB SUS 01/96, assumindo progressivamente maiores responsabilidades na **gestão** de ações e recursos do SUS.

Porém, as NOs não expressam meramente estratégias indutivas ou constrangedoras da **descentralização**; ao contrário, configuram outros espaços de negociação e de pactuação de interesses na área da saúde, originando novos ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores, através da incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política.

É através deste processo de crescente democratização e politização da **descentralização** que a política ganha definitiva estabilidade, de forma a neutralizar coalizões anti-reformas e aprofundar instrumentos reguladores com alto grau de consenso.

Referências bibliográficas:

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiani V. 2001. Política de saúde nos Anos 90: Relações intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas (debate). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, 6(2): 269 a 318.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, LIMA, Luciana Dias, OLIVEIRA, Roberta Gondim, 2002. Descentralização e Federalismo: A Política de saúde em Novo Contexto – Lições do Caso Brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 7 (3): 493 a 507.

Ver também: para uma discussão detalhada sobre os instrumentos legais que dão sustentação à política pública, ver também perguntas 2.2.10 a 2.2.12 da sub-área 1 (Políticas Públicas e Saúde).

Sites: <http://www.saude.gov.br/saso>

2.2.9 Que importância têm as Normas Operacionais para os gestores do SUS?

Uma das principais mudanças na política de saúde ocorrida nos anos 90 foi a acentuada **descentralização** político-administrativa, caracterizada pela transferência de poder, responsabilidades gestoras, recursos e serviços antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios. Esse processo de **descentralização** foi regulado pela edição sucessiva de normas operacionais (NO). As normas operacionais do SUS são portarias do Ministério da Saúde que regulamentam as atribuições de cada nível de **governo** e os critérios e mecanismos de transferência de recursos federais de custeio da assistência para estados e municípios.

Segundo estimativa feita estimativa recente realizada pela Secretaria de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde (SIS/MS), a partir dos dados do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) de 1998, 54% do gasto público total em saúde neste ano foi proveniente da fonte federal, sendo a

maior parte destes recursos relacionada ao custeio da assistência à saúde. Mesmo tendo apresentado um decréscimo em relação aos anos 80, quando a fonte federal representava cerca de 70% do gasto público total em saúde, esta continua sendo a principal fonte de recursos. Sendo as NOs, o principal instrumento para regulamentação das transferências federais, estes dados reforçam sua importância para a **gestão** descentralizada do SUS.

Se, por um lado, os gestores estaduais e municipais que aderem às NO ficam sujeitos às regras nacionais e à avaliação das **Comissões Intergestores** (respectivamente, CIT e CIB) para assumirem novas responsabilidades no sistema de saúde, por outro, podem receber novos recursos financeiros e se beneficiar pela maior autonomia de **gestão**. Os municípios e estados não habilitados nas NO, não são considerados capazes para assumir a **gestão** descentralizada do SUS, exercendo apenas funções de prestação de serviços e sendo remunerados conforme produção aprovada para pagamento.

Referências bibliográficas:

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiani V. 2001. Política de saúde nos Anos 90: Relações intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas (debate). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, 6(2): 269 a 318.

Ver também: para uma discussão detalhada sobre os instrumentos legais que dão sustentação à política pública, ver também perguntas 2.1.10 a 2.1.12 da sub-área 1.

Site : <http://www.saude.gov.br/sas/>

2.2.10 O que há de novo na Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 01/2002) em relação à gestão descentralizada do SUS?

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em suas duas versões 01/2001 e 01/2002, parte do pressuposto que o aprofundamento do processo de **descentralização** deve enfatizar a **regionalização** e o aumento da **equidade**, buscando a organização de sistemas de saúde que envolvam todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob

responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na **gestão**, segundo a NOAS, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema de saúde: (1) as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas (ou seja, com capacidade de dar respostas aos principais problemas de saúde da população), (2) as capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, **regulação** do acesso, contratação de prestadores de serviço e controle e avaliação.

A NOAS aborda três grupos de estratégias articuladas que visam contribuir para o processo de **regionalização** em saúde, considerada a principal estratégia para a promoção da descentralização com **equidade** no acesso:

Elaboração do **Plano Diretor de Regionalização** e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção articulados e resolutivos nos diversos níveis.

Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação (incluindo a **Programação Pactuada e Integrada**), regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores (**Termo de Compromisso para Garantia de Acesso**).

Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às **condições de gestão** do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Um dos pontos mais importantes da NOAS diz respeito ao processo de elaboração do **Plano Diretor de Regionalização**, coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios. Esse Plano deve conter minimamente: (a) a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo

critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade; (b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção; (c) a constituição de módulos assistenciais, formados por um ou mais municípios, que dêem conta da formação de uma rede de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, visando garantir o suporte às ações de Atenção Básica; (d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal; (e) o **Plano Diretor de Investimentos**, que procura suprir as lacunas assistenciais identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção.

No que diz respeito à organização da assistência, se enfatiza a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção básica em todos os municípios brasileiros, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase). Os gestores estaduais e municipais podem definir, de forma complementar, outras áreas estratégicas, de acordo com as especificidades epidemiológicas locais.

Além das ações mínimas de atenção básica a serem asseguradas em todos os municípios brasileiros, independente de seu porte populacional, a NOAS propõem a formação de módulos assistenciais, formados por um ou mais municípios, que garantam no âmbito microrregional o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos ao conjunto de ações de saúde necessárias para atender os problemas de saúde mais comuns, que nem sempre podem ser oferecidas em todos os municípios pelo seu pequeno porte populacional. A proposta de qualificação de regiões/microrregiões na assistência à saúde apresentada na referida Norma se fundamenta, portanto, na busca de garantia de acesso a ações resolutivas para além dos limites municipais, considerando critérios de qualidade e economia de escala.

Ainda no que tange à assistência à saúde, a NOAS estabelece diretrizes gerais para a organização das demais ações de média e alta complexidade, e preconiza que o plano de regionalização compreenda o mapeamento das redes de referência em áreas estratégias específicas (gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras).

Esse tipo de processo de **regionalização**, incentivado pela NOAS, requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e **regulação** estadual, que deve se dar através da **programação pactuada e integrada**. Além disso, faz-se necessária o fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios para exercer as funções de **regulação**, controle e avaliação do sistema, em uma nova perspectiva.

Em relação ao processo de habilitação, a NOAS tenta assegurar implantação do princípio do **comando único** sobre os prestadores de serviços, para os municípios candidatos à condição de **gestão** plena do sistema municipal. Além, disso, associa à **descentralização da gestão** a determinadas capacidades de oferta dos municípios e condiciona o processo de **descentralização** de responsabilidades e recursos ao processo de qualificação microrregional. Assim, para assumir novas responsabilidades os municípios e estados precisam cumprir com determinados requisitos de forma conjunta.

Do ponto de vista do financiamento, a NOAS propõe um aumento do componente de financiamento federal calculado em uma base per capita, ao propor uma ampliação do Piso de Atenção Básica – PAB fixo - e o financiamento das ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial (ações previstas no módulo assistencial) através de um valor per capita nacional. Esse aspecto é importante porque assinala uma tendência de superação da lógica anterior de financiamento, fortemente orientada pela oferta pré-existente de serviços, a partir da expansão dos mecanismos de pré-pagamento, que requerem um papel mais ativo dos gestores no planejamento da oferta, de acordo com as necessidades da população e prioridades identificadas.

Referências bibliográficas:

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da gestão da Assistência. 2001. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, Parte I, p. 7 -26.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da gestão da Assistência. 2002. Regionalização da Assistência à

Saúde: Aprofundando a Descentralização com Eqüidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

SOUZA, Renilson Rehem. 2001. A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, 6(2): 451 a 455.

Site : <http://www.saude.gov.br/sas/>

2.2.11 Quais as principais diferenças entre as competências estabelecidas para União, estados e municípios na Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 01/2002)?

Em caráter complementar à legislação, o Ministério da Saúde tem procurado através da edição de sucessivas **normas operacionais** (portarias ministeriais) explicitar melhor o papel dos três níveis gestores do SUS: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Particularmente, a última Norma Operacional publicada (a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002) retoma as tentativas de diferenciar o papel dos três gestores no sistema, enfatizando a importância da **regionalização** da assistência à saúde nesse momento específico de construção do SUS.

A NOAS parte do pressuposto de que, ao longo da década de 1990, o processo de **descentralização** enfatizou a dimensão político-administrativa e não valorizou de forma suficiente a formação de sistemas ou redes assistenciais, que muitas vezes extrapolam os limites territoriais de municípios e até de estados. Portanto, a NOAS procura retomar a centralidade da **regionalização** e **hierarquização** como diretrizes organizativas do SUS, fundamentais para a garantia do acesso da população a todos os níveis de atenção.

Uma vez que as diversas estratégias abordadas na NOAS partem da **regionalização** como eixo estruturante para organização do sistema de saúde, a questão do papel das três esferas de governo no SUS também é tratada na perspectiva da racionalidade sistêmica, ou seja, da regionalização e organização hierarquizada do sistema, para além dos limites político-administrativos dos

municípios ou estados. Nesse sentido, destacam-se os seguintes aspectos em relação às atribuições dos gestores do SUS das três esferas:

Ministério da Saúde: papel mais relacionado à normatização/ coordenação do processo de descentralização/ regionalização no âmbito nacional; na cooperação técnica com estados e municípios para o fortalecimento de suas funções gestoras, através da elaboração de instrumentos e ferramentas de gestão que possam ser utilizados pelos gestores locais (por exemplo, instrumentos de programação, parâmetros assistenciais); no que diz respeito ao sistema de alta complexidade, na normatização e regulação nacional; e na consolidação da programação de referências interestaduais, bem como na coordenação/regulação desses sistemas de referência interestadual.

Secretarias de Estado de Saúde – face à ênfase na integração dos sistemas municipais de saúde pela NOAS como fundamental para a garantia do acesso da população a todos os níveis de atenção, ganha destaque o papel do gestor estadual no planejamento regionalizado da atenção, bem como de coordenação/**regulação** de sistemas e mediação das relações intermunicipais. Essa atuação do gestor estadual se daria através de: condução da elaboração do **Plano Diretor de Regionalização** e do **Plano Diretor de Investimentos**; coordenação da **Programação Pactuada e Integrada**; regulação dos fluxos intermunicipais; controle e avaliação do sistema estadual/ intermunicipal; entre outras. Em relação a áreas assistenciais específicas, a NOAS atribui ao gestor estadual a coordenação do desenho dos sistemas de referência em alta complexidade e em áreas prioritárias; a coordenação dos sistemas e a gestão/gerência dos laboratórios de saúde pública e hemocentros estaduais. O Distrito Federal, face às suas características específicas, possuem as mesmas atribuições definidas para os estados.

Secretarias Municipais de Saúde – a NOAS enfatiza a importância da **descentralização** de ações e serviços para os municípios e o **comando único** pelo gestor municipal que estiver na condição de “gestão plena do sistema” sobre todos os prestadores situados em seu território, o que implica o exercício das funções de planejamento, programação, regulação, controle e avaliação dos prestadores públicos e privados, incluindo os processos de contratação e regulação dos serviços privados. O papel de relacionamento direto com prestadores de serviços, públicos e

privados, portanto, é eminentemente delegado aos municípios. Esse papel só seria do gestor estadual nas situações de municípios que não possam assumir a gestão plena do sistema municipal.

Referências bibliográficas:

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da gestão da Assistência. 2002. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 11-14 de agosto. Oficina nº 2: Relação entre Níveis de Governo na Gestão dos Sistemas de Saúde. Texto-base para debate (mimeografado). Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/documentos/seminario_internacional.htm. Acesso em: 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre as funções gestoras no SUS, ver também perguntas 2.2.6 e 2.2.7 desta sub-área.

Sites: <http://www.saude.gov.br/sas/>

2.2.12 Quais as mudanças gerais relacionadas ao processo de adesão (habilitação) de municípios e estados, às condições de descentralização da gestão na NOAS 01/2002?

Em linhas gerais, a Norma Operacional da Assistência (NOAS) procurou, com a revisão dos critérios de habilitação, promover a responsabilização dos gestores, de forma compatível com a **condição de gestão** assumida, bem como induzir a integração dos sistemas municipais, sob a coordenação do nível estadual.

Algumas das responsabilidades, requisitos e prerrogativas assinaladas pela NOB/96 e pela Instrução Normativa – IN n.º 01/98 aos estados e municípios que assumirem a **gestão** descentralizada do SUS foram mantidas, mas outras foram alteradas, para se adequarem à ênfase dada no processo de regionalização e de responsabilização dos gestores previstas na NOAS.

A NOAS define para os municípios as seguintes condições de **gestão**:

- **gestão** plena da atenção básica ampliada (GPAB-A);
- **gestão** plena do sistema municipal (GPSM).

Para os estados e Distrito Federal também foram definidas 2 condições de **gestão**:

- **gestão** avançada do sistema estadual (GASE);
- **gestão** plena do sistema estadual (GPSE).

Uma mudança importante no processo de habilitação na NOAS, refere-se a sua vinculação com o processo de qualificação do estado e da microrregião. Assim, só poderão ser habilitados os municípios situados em estados qualificados (ou habilitados) e, estes municípios, só poderão receber os estímulos financeiros relacionados à respectiva condição de **gestão** (prerrogativas financeiras) se a sua microrregião for qualificada. Os estados, por sua vez, poderão optar por encaminhar processos de qualificação ou pleitear diretamente a habilitação. Muitos requisitos referentes ao processo de qualificação do estado coincidem com o de habilitação.

Em síntese, o processo de habilitação na NOAS só ocorrerá de forma completa se for “em bloco”: se estado e município e o conjunto de municípios de uma microrregião tiverem aptos a assumirem funções de **gestão** no sistema de saúde.

Se algum município se sentir prejudicado por omissão ou negligência do estado no cumprimento dos prazos acordados na CIB para qualificação ou habilitação do estado e conclusão do **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**, **Plano Diretor de Investimentos (PDI)** e **Programação Pactuada e Integrada (PPI)**, este pode requer à CIB para que esta oficialize o cronograma para conclusão desses processos. Caso a CIB não se pronuncie em 30 dias ou apresente encaminhamento considerado inadequado pelo município, este pode apresentar recurso à CIT.

A habilitação em GPSM passa a ser cumulativa e não substitutiva à GPAB-A. Nos casos previstos de desabilitação da condição de GPSM, o município poderá permanecer habilitado em GPAB-A, caso não apresente impedimentos também a essa condição de **gestão**.

O processo de habilitação irá considerar a nova sistemática de elaboração e acompanhamento dos **Planos de Saúde** e dos **Relatórios de Gestão**, buscando uma maior efetividade desses instrumentos para a definição de prioridades – de maneira articulada entre os três níveis de **governo** – e para a prestação anual de contas dos gestores. Neste sentido, são introduzidos dois novos instrumentos: a **Agenda de Compromissos** e o **Quadro de Metas**, detalhados em manual específico.

Outra alteração para o exercício da **gestão** descentralizada do SUS, qualquer que seja a condição de **gestão** prevista para estados e municípios, é a exigência de alimentação regular do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e de adequação da aplicação financeira da receita própria de acordo com o definido pela Emenda Constitucional n.o 29.

Referência bibliográfica:

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da gestão da Assistência. 2002. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Eqüidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

Site : <http://www.saude.gov.br/sas/>

2.2.13 Quais as mudanças específicas relacionadas ao processo de adesão (habilitação) de municípios às condições de descentralização da gestão na NOAS 01/2002?

A NOAS define para os municípios as seguintes **condições de gestão** descentralizada do SUS:

- **gestão** plena da atenção básica ampliada (GPAB-A);
- **gestão** plena do sistema municipal (GPSM).

A seguir, são destacadas as alterações propostas para cada condição de **gestão** específica dos municípios.

Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada:

Para habilitar-se à condição de GPAB-A e receber o PAB Ampliado, correspondente ao financiamento da Atenção Básica Ampliada, o município deverá ser avaliado pela SES, pela CIB e pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Políticas de Saúde/MS em relação aos seguintes aspectos:

- alimentação regular dos sistemas de informações do SUS;
- desempenho nos indicadores de Atenção Básica;
- capacidade de oferecer com suficiência e qualidade todas as atividades requeridas incluindo todo o elenco de procedimentos previsto na Tabela SIA-SUS para a atenção básica ampliada, o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal;
- estabelecimento do **Pacto de Atenção Básica** para o ano 2001.

As mudanças com relação às prerrogativas para a GPAB-A referem-se à transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária.

Gestão Plena do Sistema Municipal:

As alterações das condições para a Gestão Plena do Sistema Municipal foram mais significativas, procurando responder ao risco de atomização dos sistemas municipais, às dificuldades em garantir o atendimento das referências intermunicipais, às perdas de qualidade e de economia de escala incorridas com a incorporação tecnológica irracional, dentre outras.

Para assumirem a condição de **Gestão Plena** do Sistema Municipal, os municípios deverão dispor de uma rede assistencial capaz de ofertar, além do elenco de procedimentos proposto para a Atenção Básica Ampliada, um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, compreendendo laboratório de patologia clínica; radiologia simples; ultra-sonografia obstétrica; primeiro nível de atendimento a

distúrbios psicossociais; fisioterapia; algumas ações de odontologia especializada; pequenas cirurgias ambulatoriais ginecológicas; e leitos hospitalares para o atendimento em clínica médica, clínica pediátrica e obstetrícia (parto normal).

Outro requisito relevante incorporado à habilitação em GPSM é o compromisso formal do município em desempenhar o papel de pólo de referência para outros municípios, de acordo com as necessidades identificadas no planejamento e expressas no **Plano Diretor de Regionalização**. Parte-se do pressuposto que, como o SUS é um sistema integrado, os municípios em GPSM, dada a complexidade de sua rede assistencial, não podem assumir uma posição isolada, de optar por atender apenas à sua própria população. Sua rede deve estar disponível para assegurar a referência daqueles municípios capazes apenas de ofertar a Atenção Básica à sua população.

Por outro lado, esses municípios em GPSM devem dispor de recursos financeiros que permitam o custeio da referência intermunicipal definida na **PPI**, explicitados em seu teto financeiro. O estabelecimento de **Termo de Compromisso para Garantia de Acesso**, descrito na NOAS-SUS 01/02, objetiva formalizar essas responsabilidades mútuas entre os gestores envolvidos nesse processo.

A questão do **comando único** sobre os prestadores do SUS também é radicalizada na NOAS. O município candidato à GPSM deve comprovar ser o único gestor sobre a totalidade de serviços em seu território, independente de sua natureza jurídica ou da complexidade dos serviços oferecidos, ou apresentar um cronograma para transferência deste comando aprovada em CIB. A **gestão** única é considerada uma prerrogativa desta condição de **gestão** municipal.

Com relação às prerrogativas financeiras para a GPSM, destaca-se a transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos do primeiro nível de referência da média complexidade (M1), após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos.

Referências bibliográficas:

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da gestão da Assistência. 2002. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre as mudanças gerais associadas ao processo de habilitação na NOAS 01/2002, ver também pergunta 2.2.12 desta sub-área.

Site: <http://www.saude.gov.br/sas/>

2.2.14 Quais as mudanças específicas relacionadas ao processo de adesão (habilitação) de estados às condições de descentralização da gestão na NOAS 01/2002?

A NOAS define para os estados e Distrito Federal as seguintes **condições de gestão**:

- **gestão** avançada do sistema estadual (GASE);
- **gestão** plena do sistema estadual (GPSE).

Procurou-se ressaltar as atribuições de coordenação do sistema de saúde estadual, abrangendo o planejamento e a organização das redes assistenciais do estado, a integração dos sistemas municipais, a programação e a garantia da referência intermunicipal.

Para pleitear a habilitação em qualquer condição de gestão, o estado e o Distrito Federal deverá apresentar seu **Plano Estadual de Saúde**, aprovado pelo respectivo **Conselho Estadual de Saúde** (CES). Ele deverá conter o **Plano Diretor de Regionalização**, a **Agenda de Compromissos** estadual, harmonizada com a agenda nacional e o **Quadro de Metas**, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos **Relatórios de Gestão**.

O gestor estadual deverá coordenar o processo de elaboração e de implementação da **PPI**, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, bem como celebrar os **Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso** com os municípios-pólo correspondentes. A coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a compensação para internações, procedimentos especializados e de alta complexidade/custo, é uma atividade estratégica da gestão estadual.

Com relação às prerrogativas, destacam-se, no caso dos estados habilitados na gestão avançada do sistema estadual: (1) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não habilitados, nos termos da NOB 9\01/96; (2) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do primeiro nível de referência da média complexidade (M1) em regiões qualificadas, nos casos em que o município-sede estiver habilitado somente em GPAB-A.

Os estados habilitados na GPSE, continuam aptos a receber a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

Referências bibliográficas:

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da gestão da Assistência. 2002. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre as mudanças gerais associadas ao processo de habilitação na NOAS 01/2002, ver também pergunta 2.2.12 desta sub-área.

Site: <http://www.saude.gov.br/sas/>

2.2.15 Quais são os critérios gerais previstos na NOAS para desabilitação de estados e municípios e suspensão transferência “fundo a fundo”?

A NOAS estabelece, pela primeira vez, critérios para desabilitação de municípios e estados. A desabilitação constitui uma situação indesejável, mas que deve estar prevista para os casos onde haja efetivo comprometimento da capacidade de gestão e quando foram verificados o descumprimento das responsabilidades e requisitos previstos na NOAS ou em regulamentação complementar, como no caso dos indicadores para a avaliação da atenção básica.

Os casos de desabilitação de municípios deverão ser julgados pela CIB e homologados na CIT. Os casos de desabilitação de estados deverão ser avaliados somente pela CIT.

Está prevista, ainda, a possibilidade de suspensão imediata da transferência fundo a fundo, independentemente do processo de desabilitação, em duas situações: quando forem constatadas irregularidades graves pelo Sistema Nacional de Auditoria que demandem uma ação imediata, e quando o município ou estado não efetuar o pagamento dos prestadores públicos ou privados no prazo adequado.

O Distrito Federal, face às suas características específicas, estão sujeitos às mesmas regras para desabilitação definidas para os estados.

Referências bibliográficas:

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da gestão da Assistência. 2002. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

Site : <http://www.saude.gov.br/sas/>

2.2.16 Qual a importância das Comissões intergestores para os gestores do SUS?

Face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas na área da saúde as **Comissões Intergestores**: a **Comissão Intergestores Tripartite** (CIT) – atuante no nível nacional – e as **Comissões intergestores Bipartite** (CIB) – atuantes no nível estadual. A estratégia associada à criação destas instâncias é a de coordenar o processo de elaboração da política de saúde nos três níveis e articular a atuação das três instâncias de governo.

A CIT, em funcionamento desde 1991, teve sua atuação formalizada pela **Norma Operacional** Básica de 1993 (NOB SUS 01/93), que estabeleceu como finalidade da CIT “assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde”. Ao longo da década de 1990, essa instância se consolidou como canal fundamental de debate sobre os temas relevantes da política nacional de saúde, promovendo a participação de estados e municípios na formulação desta política através dos seus conselhos de representação nacional –CONASS e CONASEMS- e incentivando, ainda, a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação.

A CIT desempenha papel relevante particularmente na decisão sobre temas relacionados à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de alocação de recursos financeiros federais do SUS. Essa instância foi de fundamental importância no processo de elaboração da NOB SUS 01/96 e da NOAS, em suas duas versões (de 2001 e 2002), normas que por sua vez, afirmaram o papel da CIT e das CIB na formulação e implementação das políticas de saúde.

As CIB foram criadas pela NOB 01/03, que estabelece esse fórum como “*instância privilegiada para de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS*”, ressaltando os aspectos relacionados ao processo de **descentralização** no âmbito estadual, e afirmando a necessidade de que as definições e propostas da CIB sejam referenciadas pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde. Essas

instâncias discutem tanto questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde (a questão da alocação de recursos federais do SUS é um tema freqüente) quanto referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado. Atualmente, percebe-se uma ampliação gradativa da abrangência da pauta dessas reuniões, envolvendo temas relacionados à **regionalização e hierarquização** da assistência, mas também da organização de políticas de promoção e prevenção – plano de combate ao dengue, vigilância sanitária, entre outros.

Referências bibliográficas:

BRASIL, MS, GED, 1993. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 11-14 de agosto. Oficina nº 2: Relação entre Níveis de Governo na Gestão dos Sistemas de Saúde. Texto-base para debate (mimeografado). Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/documentos/seminariointernacional.htm>. Acesso em: 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre as características do funcionamento das Comissões Intergestores, ver também pergunta 2.2.17 desta sub-área.

Site: <http://www.saude.gov.br/>

2.2.17 Quais as principais características do funcionamento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões intergestores Bipartites (CIB) no SUS?

Existem dois tipos de **comissões intergestores**:

- **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** – atuante no nível nacional desde 1991, através de reuniões mensais, tem 15 membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos Secretários Estaduais de Saúde indicados pelo **Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)** e representantes dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelo **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)**.

- **Comissões Intergestores Bipartite (CIB)** – atuantes no nível estadual, foram formalmente criadas pela Norma Operacional Básica de 1993 (NOB SUS 01/93). Na maior parte dos estados, as CIBs foram constituídas formalmente e passaram a funcionar em 1993. Em cada estado há uma CIB, formada paritariamente por representantes do **governo** estadual indicados pelo Secretário de Estado de Saúde e representantes dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelo **Conselho de Secretários Municipais de Saúde** daquele estado (COSEMS). As reuniões apresentam, em geral, periodicidade mensal, mas em muitos estados há muitas reuniões extraordinárias.

Face às características do **federalismo** brasileiro, tanto a CIT como as CIB são palco importante de exposição dos conflitos intergovernamentais na saúde, alguns dos quais relacionados à própria definição das matérias que estão no âmbito de decisão dessas comissões *versus* o que seria tema de decisão direta pelo gestor federal/estadual. Outros pontos de embates dizem respeito às discussões sobre o papel de cada esfera no SUS e a repartição de novos recursos federais.

Assim como na CIT, o processo decisório nas CIB se dá por consenso, visto que é vedada a utilização do mecanismo do voto, visando estimular o debate e a negociação entre as partes. A participação nas reuniões mensais em geral são abertas a todos os secretários de saúde e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite aos membros formais das comissões. As reuniões da CIB são muitas vezes momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual.

Vale assinalar que é comum a formação de grupos técnicos transitórios ou pontuais compostos por representantes das três esferas, que atuam como instâncias técnicas de negociação e de processamento de questões para decisão da CIT. Também em grande parte dos estados, há estruturas ou grupos técnicos de apoio às CIB, que têm o objetivo de processar tecnicamente as questões para facilitar a decisão dos representantes políticos nas reuniões. Isso em alguns estados se dá por meio de câmaras técnicas bipartites que se reúnem mensalmente antes da reunião da CIB; em outros estados, isso ocorre mediante a formação de grupos técnicos para a discussão de temas específicos.

Face ao grande número e à diversidade do perfil dos municípios em alguns estados, um ponto importante para o funcionamento e representatividade das CIB concerne os critérios adotados pelos COSEMS para definir a representação dos secretários municipais na CIB. Estes critérios variam bastante e incluem: porte populacional dos municípios (maioria dos casos), **regionalização** adotada no estado, condição de habilitação dos municípios, perfil assistencial dos municípios, nível de participação dos municípios, entre outros.

Outra questão relevante diz respeito à articulação entre os gestores municipais prévia à deliberação pela CIB. Na maior parte dos estados os secretários debatem entre si os temas estratégicos da política antes de apresentar sua posição na CIB.

Merece ainda destaque o fato de que os COSEMS em geral são instâncias muito importantes tanto para a articulação política entre os gestores municipais, como para apoio técnico às secretarias, particularmente as de menor porte. Nesse sentido, vários COSEMS adotam estratégias e instrumentos de divulgação das suas atividades para o conjunto dos secretários municipais, propiciando que mesmo gestores que não têm assento na CIB estejam informados sobre os temas relevantes da política no âmbito estadual. Os meios de comunicação mais comuns são: a realização de assembleias gerais e/ou de encontros regionais, jornais periódicos, mala-direta, internet e e-mail.

Em síntese, as **comissões intergestores** se afirmaram na área da saúde como instância privilegiada e estratégica de negociação entre os gestores de diferentes esferas de **governo**, com vistas à deliberação conjunta sobre as políticas de saúde, configurando um avanço do ponto de vista da tentativa de concretizar um arranjo federativo na saúde. Desta forma, as reuniões dessas comissões constituem um espaço de expressão de conflitos e construção de consensos entre os gestores, além de representarem oportunidades de trocas de experiências e de formação.

Referências bibliográficas:

BRASIL, MS, GED, 1993. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 11-14 de agosto. Oficina nº 2: Relação entre Níveis de Governo na Gestão dos Sistemas de Saúde. Texto-base para debate (mimeografado). Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/documentos/seminariointernacional.htm>. Acesso em: 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre a importância do funcionamento das Comissões Intergestores para os gestores do SUS, ver também pergunta 2.2.16 desta sub-área.

Site: <http://www.saude.gov.br/>

2.2.18 Quais as responsabilidades da União, dos estados e dos municípios, definidas pela legislação no financiamento das ações e serviços de saúde e como estas diretrizes legais têm sido implementadas?

A legislação que instituiu o SUS definiu as bases do modelo de financiamento do sistema, tanto com respeito às fontes quanto aos mecanismos de transferência de recursos entre o nível federal e os estados e municípios. Na Constituição de 1988, está previsto que o financiamento do SUS será feito através do Orçamento da Seguridade Social (OSS) da União, dos estados e municípios. Os três níveis gestores são responsáveis, portanto, pelo financiamento da saúde.

O Orçamento da Seguridade Social, tal como disposto no art. 195 da Constituição Federal, deve ser financiado por toda a sociedade, de forma direta ou indireta, a partir de: (1) receitas de impostos diretamente arrecadados pela União, estados e municípios; (2) receitas de impostos transferidos pela União e estados; (3) contribuições sociais dos trabalhadores, incidente sobre a folha de salários, do faturamento e do lucro; (4) contribuições sociais dos trabalhadores incidente sobre os salários; (5) recursos de prognósticos (loterias). Desde 1996 (aprovação da Lei), além das contribuições sociais já previstas na Constituição, somou-se a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF).

Nos anos de 1990, uma série de disputas relacionadas à especialização das fontes de financiamento da seguridade social – vinculação das contribuições dos trabalhadores à pasta da Previdência Social a partir de 1993 -, assim como

mudanças na estrutura orçamentária do Ministério da Saúde – incorporação dos encargos previdenciários da União, antes vinculados ao Tesouro, desde 1990 -, acabaram por comprometer a proposta do OSS e contribuir para um quadro de “desfinanciamento” da saúde nos primeiros anos da década. Este quadro tende a ser revertido através dos empréstimos feitos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador e à implantação efetiva da CPMF em 1997.

Uma outra modificação importante no que diz respeito ao financiamento refere-se à publicação da Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000. Com a sua implantação, pretende-se garantir fontes estáveis de financiamento para atender às demandas da população na área da saúde. A Emenda estabelece percentuais mínimos para o gasto em ações e serviços de saúde da União, estados e municípios.

Em relação à modalidade de transferência dos recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios, a legislação prevê que estes recursos deveriam constituir transferências não condicionadas, isto é, mobilizadas por mecanismos de transferência direta e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, a partir de critérios definidos pela Lei.

Neste sentido a Lei Federal n. 8080 de 1990, em seu Art. 35, estabeleceu, explicitamente, os critérios para a distribuição dos recursos federais para a saúde para estados e municípios:

“Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos”:

- *perfil demográfico da região;*
- *perfil epidemiológico da população a ser coberta;*
- *desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior;*
- *níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;*
- *previsão do plano quinquenal de investimento da rede;*

- *ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.*

Parágrafo Único: Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída pelo quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.”

A Lei Federal n. 8142 de 1990, estabeleceu, posteriormente, como único critério a ser seguido, enquanto não se regulamentasse o artigo 35 da Lei 8080, “*o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio*”. Cabe destacar que estes recursos referem-se exclusivamente aqueles do Fundo Nacional de Saúde para o custeio das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal.

Na prática, durante a década de 1990, a edição de sucessivas normas operacionais do SUS (portarias ministeriais) acabaram por modificar o padrão de transferências de recursos federais originariamente estipulado pelas Leis da Saúde. Atualmente, observa-se um modelo misto, onde perduram:

- mecanismos de transferência automática “fundo a fundo”, através de critério *per capita* associados a determinados níveis de complexidade da atenção à saúde: Piso da Atenção Básica (PAB fixo), que varia entre R\$ 10,00 a R\$ 18,00 reais per capita ano e, mais recentemente, com a implantação da NOAS, Piso da Atenção Básica Ampliado (PAB-A), definido em R\$ 11,00 reais per capita ano e recursos para o primeiro nível de referência intermunicipal da média complexidade (EPM1), fixado em R\$ 6,00 *per capita* ano;
- mecanismos de transferências, automática “fundo a fundo” ou mediante informação da produção de ações e serviços, a partir de critérios fixados na Programação Pactuada e Integrada (PPI), referentes aos recursos financeiros para custeio da assistência à saúde nos demais níveis de complexidade de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;
- transferências negociadas relacionadas a programas específicos (PAB variável) e recursos de investimento.

As diversas modalidades de transferência de recursos federais para estados e municípios atualmente previstas estão sujeitas às regras nacionais (condicionalidades) definidas pela legislação do SUS (**Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Fundo de Saúde**) e em portarias ministeriais específicas (**condições de gestão**) e estão sujeitas à negociação. Para todos os recursos transferidos, ressalta-se a importância das Comissões Intergestores como espaços de pactuação e avaliação do atendimento das regras existentes. Há também uma tendência ao crescimento dos mecanismos de prestação de contas entre os gestores no que se refere à utilização dos recursos transferidos, a melhoria de indicadores de saúde e cumprimento dos dispositivos do programa.

Referências bibliográficas:

BRASIL, 1988. Constituição da República. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

BRASIL, 1990 – Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/ddga/ProcNorm/lei8080.htm>. Acesso em: 28/11/2002.

BRASIL, 1990 – Lei da Saúde – Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/ddga/ProcNorm/lei8142.htm>. Acesso em: 28/11/2002.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso, 2001. Gestão Intergovernamental e Financiamento do Sistema único de Saúde: Apontamentos para os Gestores Municipais. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. pp: 79 a 109.

Ver também: para uma discussão sobre a base de financiamento da proteção social no Brasil ver também perguntas 2.1.13 a 2.1.17 na sub-área 1 (Políticas Públicas e Saúde). Uma discussão mais detalhada sobre a Emenda Constitucional 29 encontra-se, ainda, nas perguntas 2.2.19 a 2.2.22, nesta mesma sub-área.

Site: <http://www.saude.gov.br/sas/>

<http://www.senado.gov.br/web/secsdefa/principa.shtm>

2.2.19 Que mudanças a Emenda Constitucional nº 29/2000 introduziu no financiamento da política de saúde para União, estados e municípios?

A Emenda Constitucional 29 (EC-29), aprovada pelo Congresso Nacional e promulgada pelo Senado Federal em 13 de setembro de 2000, definiu a participação das esferas federal, estaduais e municipais no financiamento das ações e serviços de saúde. Conforme disposto em seu Art. 8, a Emenda está em vigor desde a data de sua publicação e obriga todos os entes da **federação** a vincular parte das suas receitas a ações e serviços de saúde.

A proposta contida na Emenda é uma tentativa do Legislativo de garantir uma estabilidade das fontes de financiamento para a saúde, tendo em vista as dificuldades enfrentadas ao longo da década de 90 e as soluções provisórias encontradas.

Com efeito, já no ano de 2000, a EC-29 estabelece, para a União, a destinação do montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro imediatamente anterior, acrescido de, no mínimo, 5%. Para os quatro anos seguintes, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Isso significa, para a União, um aumento de recursos para a saúde equivalente ao aumento real do PIB mais a inflação do ano, visando a manter a proporção de gastos federais em saúde em relação ao PIB.

Para os estados e municípios, os percentuais de vinculação estabelecidos são de 12% e 15%, respectivamente, de sua receita de impostos e de transferências recebidas, deduzindo-se, para o cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências realizadas para os municípios. O gradualismo contemplado na proposta para o alcance desses percentuais tem por objetivo evitar pressões iniciais sobre as finanças dessas esferas, propiciando-lhes um ajustamento gradativo para o cumprimento dessa nova exigência constitucional.

Como regra geral, a EC-29 determina que as esferas que destinam, atualmente, percentuais inferiores a 12%, no caso dos estados e do Distrito Federal, e 15%, no caso dos municípios, para o seu financiamento, deverão elevá-los gradualmente até o quinto ano após a sua aprovação, reduzindo-se essa diferença à razão de, pelo

menos, um quinto por ano. Como ponto de partida, prevê que, no primeiro ano da entrada em vigor da Emenda, estados, Distrito Federal e municípios deverão aplicar 7% de recursos da base de receitas vinculadas ao financiamento da saúde, o que pode exigir, das unidades que se situam muito abaixo desse percentual, um maior esforço financeiro inicial.

Referências bibliográficas:

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2002. Resolução n. 316 de 04 de abril de 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/RES316.doc>. Acesso em 28/11/2002.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello, OLIVEIRA, Fabrício Augusto, BIASOTO, Geraldo, KREPSKY, Karla, TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa, MALHEIRO, Paulo César da Fonseca, BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá 2001. Estimativas do Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde (Emenda Constitucional n. 29/2000). In: BRASIL, *Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. pp: 111 a 142.

Ver também: para uma discussão sobre a base de financiamento da proteção social no Brasil ver também perguntas 2.1.16 e 2.1.17 na sub-área 1 (Políticas Públicas e Saúde). Uma discussão mais detalhada sobre a Emenda Constitucional 29 encontra-se, ainda, nas perguntas 2.2.20 a 2.2.22, nesta mesma sub-área.

Sites : <http://www.saude.gov.br/sis/>

<http://conselho.saude.gov.br>

2.2.20 Quais são as receitas que servirão de base para a vinculação de recursos para União, estados e municípios prevista na Emenda Constitucional nº 29/2000?

As diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, foram estabelecidas pela Resolução do **Conselho Nacional de Saúde** n. 316, de 4 de abril de 2002. Esta Resolução é fruto de amplos debates sobre a implementação da Emenda Constitucional, particularmente: (1) das discussões realizadas pelo grupo técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal, do Conselho Nacional de Saúde, do

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, do **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS**, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas – ATRICON; (2) dos seminários sobre a “Operacionalização da Emenda Constitucional 29”, realizados em setembro e dezembro de 2001, com a participação de representantes dos Tribunais de Contas dos Estados, dos Municípios e da União, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS**.

A Resolução estabelece, entre outras, a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde:

1- União - a base de cálculo estipulada é o montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo. As receitas tributárias vinculáveis da União não foram estabelecidas pela Resolução e estão aguardando regulamentação complementar.

2- Estados - as receitas vinculáveis são obtidas do somatório das seguintes fontes, considerando as seguintes deduções:

2.1- Fontes

Total das receitas de impostos de natureza estadual: Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação (ICMS), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre a Transmissão de Causa Mortis e Doação de Bens e Direitos (ITCMD);

Receitas de impostos transferidos pela União: Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)/Exportação, Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF);

Outras receitas correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

2.2- Deduções

Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios: Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação (ICMS) (25%), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) (50%), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)/Exportação (25%).

3- Municípios: as receitas vinculáveis são obtidas do somatório das seguintes fontes:

Total das receitas de impostos de natureza municipal: Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre a Transmissão Inter-Vivos de Bens e Direitos sobre Imóveis (ITBI);

Receitas de transferências da União: Quota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Quota-Parte do Imposto Territorial Rural (ITR), Quota-Parte da Lei Complementar n ° 87/96 (Lei Kandir), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF);

Receitas de transferências do Estado: Quota-Parte do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação (ICMS), Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Quota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) – Exportação,

Outras Receitas Correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

No que se refere ao Distrito Federal, ente federativo híbrido dada a posição diferenciada em nosso sistema federativo, este poderá aplicar, sobre a receita vinculável decorrente de impostos tipicamente estaduais, a percentagem de 12% e, sobre a receita vinculável decorrente de impostos tipicamente municipais, a percentagem de 15%.

Referências bibliográficas:

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2002. Resolução n. 316 de 04 de abril de 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/RES316.doc>. Acesso em 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre a Emenda Constitucional n. 29/2000, ver também perguntas 2.1.16 e 2.1.17 na sub-área 1 (Políticas Públicas e Saúde). Uma discussão mais detalhada sobre a Emenda Constitucional 29 encontra-se, ainda, nas perguntas 2.2.19, 2.2.21 e 2.2.22, nesta mesma sub-área.

Sites : <http://www.saude.gov.br/sis/>

<http://conselho.saude.gov.br>

2.2.21 Como se define ações e serviços públicos em saúde para efeito da implementação da Emenda Constitucional nº 29/2000?

As diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, foram estabelecidas pela Resolução do **Conselho Nacional de Saúde** n. 316, de 4 de abril de 2002. Esta Resolução é fruto de amplos debates sobre a implementação da Emenda Constitucional, particularmente: (1) das discussões realizadas pelo grupo técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal, do Conselho Nacional de Saúde, do **Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS**, do **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS**, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas – ATRICON; (2) dos seminários sobre a “Operacionalização da Emenda Constitucional 29”, realizados em setembro e dezembro de 2001, com a participação de representantes dos Tribunais de Contas dos Estados, dos Municípios e da União, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

A Resolução considera, para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, as despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de **governo**,

relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

- 1- sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
- 2- estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;
- 3- sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

As despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde.

Mais especificamente, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

- I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II - vigilância sanitária;
- III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- IV - educação para a saúde;
- V - saúde do trabalhador;
- VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII - assistência farmacêutica;
- VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
- IX - capacitação de recursos humanos do SUS;

- X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
 - XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
 - XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
 - XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
 - XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.
 - XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;
- Não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:
- I – pagamento de aposentadorias e pensões;
 - II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);
 - III - merenda escolar;
 - IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;
 - V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

- VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;
- VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;
- VIII – ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

Referências bibliográficas:

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2002. Resolução n. 316 de 04 de abril de 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/RES316.doc>. Acesso em 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre a Emenda Constitucional n. 29/2000, ver também perguntas 2.1.16 e 2.1.17 na sub-área 1 (Políticas Públicas e Saúde). Uma discussão mais detalhada sobre a Emenda Constitucional 29 encontra-se, ainda, nas perguntas 2.2.19, 2.2.20 e 2.2.22, nesta mesma sub-área.

Sites : <http://www.saude.gov.br/sis/>

<http://conselho.saude.gov.br>

2.2.22 Por que o gestor municipal e estadual deve preencher o Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

A Resolução do **Conselho Nacional de Saúde** n. 316, de 4 de abril de 2002, que dispõe sobre as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, afirma que os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde – SIOPS serão utilizados como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde. Este Sistema foi criado pela Portaria Interministerial nº 1.163, de outubro de 2000, do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República.

Assim, os Tribunais de Contas, no exercício de suas atribuições constitucionais, poderão, a qualquer tempo, solicitar, aos órgãos responsáveis pela alimentação do sistema, retificações nos dados registrados pelo SIOPS.

O Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, divulgará as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 aos demais órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

O preenchimento do SIOPS também é um dos requisitos estabelecidos para habilitação em qualquer condição de **gestão** prevista para estados, Distrito Federal e municípios na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002).

Referências bibliográficas:

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2002. Resolução n. 316 de 04 de abril de 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/RES316.doc>. Acesso em 28/11/2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da gestão da Assistência. 2002. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Eqüidade no Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>. Acesso em: 28/11/2002.

Ver também: para uma discussão sobre a Emenda Constitucional n. 29/2000, ver também perguntas 2.1.16 e 2.1.17 na sub-área 1 (Políticas Públicas e Saúde). Uma discussão mais detalhada sobre a Emenda Constitucional 29 encontra-se, ainda, nas perguntas 2.2.1919, 2.2.20 e 2.2.21, nesta mesma sub-área.

Sites: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/siops/siops.htm>

<http://www.saude.gov.br/sis/>

<http://conselho.saude.gov.br>

2.2.23 Quais os principais desafios para a gestão pública descentralizada da saúde na Federação Brasileira?

Os principais desafios que se colocam para a **gestão** pública da saúde dizem respeito à própria concretização dos princípios e diretrizes do SUS, em um cenário marcado por fortes tensões e onde predominam diversos obstáculos estruturais e conjunturais à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas.

Os obstáculos estruturais estão relacionados, para alguns autores, a dois grupos básicos de problemas que se colocam, de uma forma geral, para os sistemas de proteção social latino-americanos: (1) um primeiro grupo relacionado ao alto grau de exclusão e heterogeneidade nessas sociedades (que não são plenamente resolvidos por programas sociais) e aos conflitos entre esforços financeiros, sociais, e institucionais para construir sistemas de políticas sociais *versus* as restrições impostas pela estrutura socio-econômica dessas sociedades; (2) um segundo grupo de ordem institucional e organizacional, representado pelas características predominantes desses sistemas – centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade.

No Brasil, estas características se expressam de forma marcante nas profundas desigualdades sócio-econômicas e culturais – inter-regionais, inter-estaduais, inter-municipais-, nas características do próprio **federalismo** brasileiro e na persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído.

Acrescente-se ainda, a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas, em vários países, no plano político, econômico e social, a partir da década de 80, norteadas pelo fortalecimento das idéias neoliberais sobre a crise dos Estados Nacionais. Nos anos 90, essas tendências se expressam no país através de (a) adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, nas medidas de estabilização da moeda; (b) privatização de empresas estatais; (c) adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da Previdência e a reforma do aparelho do Estado; (d) mudanças

nas relações de trabalho, com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural e fragilização do movimento sindical; entre outras.

Tais mudanças tensionaram a implementação de políticas sociais universais mesmo nos países desenvolvidos e, em países, como o Brasil, onde não existem sistemas de proteção social consolidados, têm repercussões ainda mais graves.

Desta forma, pode-se dizer que a agenda da reforma sanitária brasileira é construída na contra-corrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, e sua implementação nos anos 90 se dá em uma conjuntura bastante adversa.

A complexidade desse cenário faz com que sejam possíveis diversos enfoques de análise sobre as políticas de saúde nos anos 90. Assim, a produção de diferentes autores sobre o SUS no período recente é extremamente variada no que diz respeito ao marco teórico-conceitual adotado e elementos enfatizados.

Entretanto, há relativo consenso sobre os avanços no âmbito da **descentralização**. O processo de **descentralização** em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Na agenda da reforma sanitária brasileira, a diretriz de **descentralização** sempre esteve atrelada a questões mais abrangentes, como: a estratégia de democratização e incorporação de novos **atores sociais**; e a perspectiva de construção de sistema, implicando o estabelecimento de relações interinstituições, interníveis de **governo** e interserviços.

De fato, a década de 90 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde.

Vale ressaltar que a **descentralização** é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Desta forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado-, o consenso acerca da **descentralização**, favorece o avanço desse processo.

Porém, como apontaram diversos estudos, a **descentralização** não garante o caráter democrático do processo decisório e necessita ainda do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do **governo** central na condução do próprio processo de **descentralização**, principalmente em países heterogêneos como o Brasil. Pode-se afirmar que a **descentralização per se** não apenas é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, mas também que os seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como: o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de **governo**, e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

Essas considerações são importantes para a discussão dos desafios para a **gestão** descentralizada do SUS, uma vez que a **descentralização** na área da saúde nos anos 90 esbarra em dificuldades financeiras e institucionais, sendo que, as características do sistema descentralizado tornam-se crescentemente heterogêneas no território nacional, dadas as diferentes possibilidades financeiras e administrativas e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos. O próprio avanço da **descentralização**, portanto, assinala a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo. Ressalte-se a peculiaridade do modelo de **federalismo** brasileiro, em que União, estados e municípios representam entes federativos com relativa autonomia e sem vinculação hierárquica. Além disso, face aos extensos períodos de concentração/desconcentração de controles políticos e fiscais que marcaram a história brasileira, pode-se dizer que vivemos um período de indefinições quanto a um novo modelo de **federação**, porém com alguns traços de recentralização e marcante ausência de mecanismos cooperativos, denominada de “**federalismo** predatório”, com um enorme potencial de conflito nos campos de definição de responsabilidades e estabelecimento de relações entre gestores, nas mais diversas esferas da política.

Referências bibliográficas:

ARRETCHE, Marta T.S., 1997. O Mito da Descentralização como Indutor de Maior Democratização e Eficiência das Políticas Públicas. In: GERSCHMAN, Sílvia & VIANNA, Maria Lucia Werneck (orgs). *A Miragem da Pós-Modernidade. Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 127-152.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiani V. 2001. Política de saúde nos Anos 90: Relações intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas (debate). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, 6(2): 269 a 318.

TEIXEIRA, Sônia M. Fleury, 1990. Descentralização dos Serviços de Saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*, 24 (2): 78-99.

VIANA, Ana Luiza D., 1995. Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, *Série Estudos de Saúde Coletiva*, n. 118.

2.3 Desenvolvimento Social e Promoção da Saúde

Rosana Magalhães[□]

2.3.1 Quais as principais mudanças no perfil da intervenção pública, ligadas ao movimento internacional de promoção da saúde?

O estudo da influência das condições sociais sobre a saúde da população e vice-versa não é novo e articula-se, especialmente, à experiência histórica do movimento da **medicina social** na Inglaterra, França e Alemanha durante o século XIX. Os estudos clássicos de Sigerist (1946) e Leavell e Clark (1965) orientados para a conceituação da promoção da saúde e das ações que integram o campo como o atendimento às necessidades nutricionais, a educação para a saúde, o estímulo ao lazer e ao esporte, a garantia de boas condições de trabalho, saneamento e habitação para o indivíduo e sua família, também contribuíram para o amadurecimento do debate.

Nos últimos 25 anos, tem sido desenvolvido um enfoque ainda mais abrangente que busca consolidar a perspectiva da saúde como uma das dimensões do desenvolvimento social. As medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde preconizadas tendem, assim, a ultrapassar o indivíduo e as famílias e alcançar também o ambiente físico, sócio-cultural e político. Um dos principais marcos deste processo é o Informe Lalonde, publicado pelo governo canadense em 1974 e que define 4 componentes principais da promoção da saúde: a biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e a organização da atenção à saúde. O documento critica a intervenção pública no campo da saúde centrada unicamente na organização e distribuição de cuidados médicos. Riscos epidemiológicos, hábitos alimentares, condições climáticas, deficiências individuais, perfil associativo da comunidade e fatores econômicos, por exemplo, são incorporados como elementos

[□] Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública . Nutricionista, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

relevantes no processo de definição de prioridades políticas na área. Neste sentido o setor saúde, ou seja, o conjunto de políticas e intervenções públicas voltadas à promoção da saúde torna-se parte integrante do conjunto de ações orientadas ao bem estar coletivo e individual. No início da década de 80, os resultados do Black Report (1982) consolidaram evidências em torno das relações entre saúde e condições sociais na Inglaterra. O relatório de Sir Douglas Black, publicado em 1972, 1986 e 1988, representa um importante ponto de inflexão na pesquisa em saúde. O estudo revisou as taxas de mortalidade segundo as diferentes classes socioeconômicas, a partir de 1911 e nas décadas seguintes. A análise dos dados mostrou que, apesar das profundas modificações nas causas de morte, a tendência dos grupos sociais desfavorecidos apresentarem maiores taxas de mortalidade e menor esperança de vida ao nascer, persistiu no tempo. À luz das desigualdades verificadas entre os perfis de morbidade e mortalidade dos indivíduos segundo sua posição social, a necessidade de estratégias e ações públicas não focalizadas apenas no “setor saúde” ganharam ainda mais força e consistência.

Outro marco decisivo no debate recente da promoção da saúde e no perfil de intervenção pública na área foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. No evento foi promulgada a “**Carta de Ottawa**” a qual estabelece cinco principais estratégias combinadas: políticas públicas saudáveis, construção de ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reestruturação do sistema de saúde. Reflexões críticas sucessivas sobre o tema aconteceram, ainda, nas Conferências de Adelaide (1998), Sundsvall (1991) Bogotá (1992) Jacarta (1997) México (2000) e na Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde em Genebra, Suíça (1998). Examinando os múltiplos determinantes da saúde e construindo compromissos públicos globais para a consolidação de ambientes saudáveis tornou-se, assim, consensual a avaliação de que a superação das diferenças nos resultados de saúde entre os grupos sociais impõem a **intersectorialidade** e, assim, a articulação dos objetivos de instituições sociais, políticas e econômicas em direção à equidade.

A associação entre desenvolvimento social e promoção da saúde desloca, portanto, o alvo da intervenção pública. As estratégias focalizadas apenas no perfil da atenção médica são revistas e ampliadas na direção da melhoria da qualidade de vida. Além

disso ganha destaque a perspectiva de empowerment ou “empoderamento”, ou seja, a liberdade de participar em decisões políticas, o fortalecimento das redes de apoio social e a reconfiguração das parcerias entre agentes locais são combinadas às novas formas de gestão do ecossistema e das condições de trabalho, educação e geração de renda .

Referências bibliográficas:

Sigerist, H.E (1946) The University at the Crossroads, New York: Henry Schumann Publishers

Leavell, H; Clark, E.G. (1965) Preventive Medicine for the Doctor in his Community, New York: Mac Graw-Hill

Lalonde, M (1974) A New Perspective on the Health of Canadians, Ottawa: Health and Welfare Canada

Buss, P et all (2000) Promoção da Saúde Pública e Qualidade de Vida, R.J, Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 5 (1): 163-177

Brasil, Ministério da Saúde/PNUD, Promoção da Saúde, Brasília, 2001

Townsend, P& Davidson, N(1982) The Black Report, London, Pelican Books

Bernstein, E et al, (1994) Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members, Health Education Quarterly, 21:281-94

Evans,R.G. et all, (1994) Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations, New York, Aldine de Gruyter

Ferraz, S.T. Promoção da Saúde: viagem entre dois paradimas,,RAP, R.J, FGV, 32(12):49-60,1998

Sites; www.saude.gov.br

www.cedaps.org.br

www.promoção@saude.gov.br

www.worldbank.org/poverty

www.paho.org

2.3.2 O que é empowerment ou “empoderamento”?

Empowerment ou “empoderamento” é um termo que pode ter diferentes significados em diferentes contextos sociais. No entanto, podem ser considerados processos centrais para a experiência de empowerment, em suas dimensões individual e coletiva, a expansão da liberdade de escolha e da auto-confiança. Assim as principais estratégias e ações voltadas à garantia de empowerment são a ampliação da capacidade de organização e participação da comunidade, a viabilização do acesso irrestrito à informação, o controle e acompanhamento das decisões públicas e a responsabilização social.

O empowerment dos governos e comunidades locais ultrapassa a formalização de canais e instâncias de participação cívica. A participação como empowerment implica uma profunda inflexão nas formas de ação coletiva e gestão pública na medida em que a sociedade assume a responsabilidade pelas decisões no âmbito das políticas e programas sociais.

Neste sentido, o empowerment fortalece as condições de **governança** da ação estatal. A possibilidade de incorporar novos atores e demandas sociais e garantir a efetiva interação entre cidadãos e gestores públicos no processo de tomada de decisão ou “*o modo de uso da autoridade pública*” (Melo, Marcus André:1996) que caracteriza a governança, é, portanto, associada ao processo de ampliação das experiências de empowerment ou empoderamento.

Referências Bibliográficas:

Melo, Marcus André Governança e Reforma do Estado: o paradigma agente-principal, Revista do Serviço Público, n.1, pp67-82,1996

Souza, C & Baumm M, 1999 Autonomia política local: uma revisão da literatura, BIB-Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, 48:51-68

Souza, Celina Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização, Ciência e Saúde Coletiva, Abrasco, vol 7, número 3, 2002, p 431-441

Vieira, Lizi Os Argonautas da Cidadania, RJ, Record, 2001.

Sites: www.worldbank.org/poverty/empowerment

www.apsp.org.br/saudesociedade

www.paho.org

www.agenda21.org.br

www.gestaopublica.gov.br

2.3.3 O que são políticas públicas saudáveis e municípios saudáveis?

As políticas públicas saudáveis são iniciativas que buscam recuperar as bases sociais do perfil diferenciado de saúde e doença, avaliando de maneira integral e plural as necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade. Leonard Duhal, em 1984, introduz a noção de cidade saudável para caracterizar práticas inovadoras ligadas à reforma urbana e melhoria das condições de vida desenvolvidas, principalmente, no Canadá e em países europeus. O enfoque na qualidade de vida e o argumento de que a cidade, cada vez mais, torna-se o espaço privilegiado para a construção de projetos de desenvolvimento social são combinados em um movimento de reestruturação das políticas públicas. O amplo envolvimento intersetorial e a participação dos cidadãos na construção de soluções para os problemas prioritários são, assim, os princípios básicos da *cidade saudável*.

A partir daí, o conceito ganhou novas abordagens e foi difundido internacionalmente através de conferências e encontros realizados em vários países. A Carta de Compromisso com a Promoção da Saúde (Ottawa, 1986), referendada na Conferência de Adelaide (1988), apontou como elementos fundamentais para a promoção de políticas públicas e municípios saudáveis, a participação comunitária e a responsabilização dos governos nacionais, regionais e locais nas ações voltadas, prioritariamente, ao apoio à saúde da mulher, ao fim da fome e das carências nutricionais, à redução do consumo de tabaco e álcool e à proteção da população contra os riscos ambientais. Experiências locais, porém, deram maior visibilidade às especificidades de cada contexto social. Poluição, qualidade da água ou redução da violência também tornaram-se importantes demandas no interior de um processo dinâmico de interação entre gestores, população, organizações e redes sociais.

Diferentes pautas públicas consolidaram propostas criativas e singulares de políticas públicas e municípios saudáveis.

A complexidade e multidisciplinaridade dos problemas de saúde vêm exigindo novas alianças e consensos buscando garantir o “aprendizado compartilhado”. Projetos e iniciativas públicas são integrados e territorializados. As exigências em torno da saúde passam a ser compatibilizadas às exigências de trabalho, renda, educação, lazer e cultura da população. Os gestores municipais, a partir de sua experiência no processo de formulação e implementação de agendas sociais orientadas por problemas e necessidades locais, passam a protagonizar o processo de constituição de formas criativas de accountability e sustentação de redes sociais.

No Brasil, Mendes (1996), enfatizando o caráter multidimensional da saúde, possibilitou a maior familiarização com o debate e com os desafios políticos incorporados ao projeto de cidades e municípios saudáveis. Na verdade, na perspectiva de Buss (2000:173) *as políticas públicas saudáveis envolvem um duplo compromisso: o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença*. A saúde e não mais a doença, torna-se o alvo da intervenção pública e, o predomínio das práticas assistenciais é questionado. No desenho de novas atribuições públicas voltadas à construção de “ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde”, são incorporadas novas necessidades, demandas e sujeitos sociais. O intercâmbio e a interação entre instituições públicas, privadas, organizações governamentais e grupos voluntários são, assim, identificados como processos prioritários para a efetividade do compromisso com a construção de ambientes saudáveis.

Para uma síntese das principais estratégias e ações voltadas à implementação de projetos e programas de Cidades Saudáveis ver *20 passos para o Desenvolvimento de projetos de Cidades Saudáveis* (MS,1995)

Referências bibliográficas:

Duhl, L.J. The healthy city: its function and its future, *Healthy Promotion*, 1: 55-60, 1986

Westpal, Marcia Faria & Mendes, Rosilda (2000) Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade, *Revista de Administração Pública* , RJ, 34(6):47-61, Nov/Dez

Almeida, E.S. Cidade /Município Saudável- a questão estratégica : o compromisso político. *Saúde Social*, 6:71-81, 1997

WHO, 1988, Declaração de Adelaide, pp19-30, in Ministério da Saúde/Fiocruz. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*, MS/IEC, Brasília

Buss, P et all (2000) *Promoção da Saúde Pública e Qualidade de Vida*, R.J, Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 5 (1): 163-177

Ferraz, Sônia Terra (1999) *Cidades Saudáveis- Uma Urbanidade para 2000*, SP, Ed.Paralelo

MS (1995) *20 Passos para o Desenvolvimento de um Projeto de Cidades Saudáveis*, Brasília

RADIS/Fiocruz, Tema 19, R.J.

Sites: www.paho.org

www.who.dk/healthy-cities

www.healthcommunities.org

www.healthycities.org

www.redsocial.org

www.gov.br

2.3.4 O que significa accountability ?

O conceito anglo-saxão de accountability resume a obrigação dos gestores públicos e técnicos responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas ampliarem a visibilidade das ações desempenhadas, em seus múltiplos aspectos, disponibilizando informação qualificada sobre procedimentos adotados, custos, benefícios e resultados para o conjunto de atores sociais envolvidos. A transparência das ações do governo é entendida, portanto, como a principal

condição para a garantia de legitimidade no processo de construção de programas sociais. Ao mesmo tempo, os agentes públicos são responsabilizados pelos rumos da política através de diferentes arenas de negociação e deliberação.

Referências Bibliográficas:

Melo, Marcus André Governance e Reforma do Estado: o paradigma agente-principal, Revista do Serviço Público, n.1, pp67-82,1996

Souza, C & Baumm M, 1999 Autonomia política local: uma revisão da literatura, BIB-Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, 48:51-68

Souza, Celina Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização, Ciência e Saúde Coletiva, Abrasco, vol 7, número 3, 2002, p 431-441

Vieira, Lizi Os Argonautas da Cidadania, RJ, Record, 2001

Santos, Junior AO 2001, Democracia e governo local. Dilemas da reforma municipal no Brasil, Revan/Fase, Rio de Janeiro

Labra, ME, 1999 Análise de Políticas, policy making e intermediação de interesses. Uma revisão. Physis, Revista de Saúde Coletiva 9 (2):131-166

Sites : www.euro.who.int/observatory/glossary

www.gestaopublica.gov.br

2.3.5 O que são redes sociais ?

As redes sociais se expressam como um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, mas respeitando o saber e autonomia de cada membro. Com isso, as redes constituem um meio de tornar eficaz a gestão das políticas sociais, otimizando a utilização dos recursos disponíveis(Junqueira, LA.P, 2000) Esta ampliação de temas e atores políticos, produzindo novas e criativas coalizões e parcerias podem alterar positivamente as práticas sociais e a agenda pública. Para Ilse Scherer-Warren (1993) as redes trazem importantes mudanças na sociabilidade e na espacialidade, criando novos territórios de ação coletiva e um novo imaginário social. Alianças estratégicas são viabilizadas com o objetivo de ampliar as possibilidades de cooperação. Na medida em que o contexto local de implementação de programas e

projetos sociais emerge como espaço de confronto entre valores, formas de julgamento e de avaliação de necessidades dos diferentes atores sociais, as redes consolidam a interdependência e os vínculos fundamentais para o processo de construção de alternativas de intervenção.

Referências Bibliográficas:

Castells, Manuel A Sociedade em Rede, RJ, Paz e Terra, 1999

Vieira, Lizt Os Argonautas da Cidadania, RJ, Record, 2001

Scherer-Warren, Ilse Redes de Movimentos Sociais, S.Paulo, Loyola, 1993

Revista de Administração Pública, RAP, 2000, Intersetorialidade e Redes Sociais, N.6, vol 34, nov/dez

Sites : www.redsocial.org

2.3.6 Quais as principais propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde?

A perspectiva da promoção da saúde é formalmente instituída no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1998, através do Projeto Promoção da Saúde. Segundo o documento elaborado pelo MS, em parceria com a OPAS e o PNUD, em 2001, a política de promoção da saúde busca “ *reorientar o enfoque das ações e serviços de saúde, visando a construção de uma cultura de saúde baseada nos princípios de solidariedade, equidade, ética e cidadania e advogar por uma dinâmica de atuação que esteja sintonizada com a defesa da qualidade de vida do cidadão brasileiro, potencializando as ações desenvolvidas pelo setor saúde e a busca pela realização do homem como sujeito de sua própria história*”.

Neste sentido, as ações no campo da saúde no país passam, assim, a incorporar os elementos fundamentais da **Carta de Otawa** : ampliação dos determinantes da saúde, construção de estratégias intersetoriais e planos territorializados de intervenção no ambiente social, fortalecimento das instâncias de participação comunitária e garantia de **equidade**. As linhas de atuação do Plano de Desenvolvimento da Promoção da Saúde desenvolvido pela Secretaria de Políticas Públicas para o quadriênio 2000/2003 são a Promoção da Saúde da Família e da

Comunidade, a Promoção de Ações contra a Violência, a Capacitação de RH para a Promoção, a Escola Promotora de Saúde, os Espaços Saudáveis e Comunicação e Mobilização Social. Segundo o Ministério da Saúde, as linhas de atuação devem, portanto, *proporcionar à população condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, envolvendo a paz, a educação, a moradia, o alimento, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade* (Secretaria de Políticas de Saúde, MS, 2002)

No entanto, como apontam Teixeira, Paim e VilasBôas (1998), o movimento de promoção da saúde no país é indissociável do processo de reorientação das políticas de saúde na década de 90 e de seus múltiplos desdobramentos institucionais e políticos. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) a partir de 1991, estruturaram e aprofundaram o processo de descentralização do SUS e reorientaram o modelo assistencial, favorecendo a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a participação da população e a melhoria do fluxo de recursos financeiros destinados à saúde entre a União, estado e municípios. A implementação do Programa de Agentes Comunitários-PACS, do Programa de Saúde da Família-PSF e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA foram, igualmente, iniciativas que pavimentaram a trajetória da promoção da saúde. Neste sentido, pode-se dizer que a Política de Promoção da Saúde agregou aos princípios norteadores do SUS, propostas que reconhecem a necessidade de transformar o perfil de intervenção e que aprofundam a análise da interdependência entre problemas sociais e de saúde. Neste processo foram, ainda, intensamente valorizados o potencial individual e comunitário para participar das escolhas e decisões públicas sobre a política de saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde enfrenta também o desafio da pluralidade das condições de vida e saúde locais. O perfil heterogêneo de acesso aos bens e serviços sociais traduzido na desigualdade das situações de saúde nas unidades federativas, impõe refinar o gerenciamento descentralizado das ações e dos processos de transferência de recursos públicos. Particularidades e especificidades regionais devem ser incorporadas à agenda da promoção da saúde buscando diretrizes mais amplas e universais e objetivos capazes de atender às necessidades locais. O I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, realizado em 1998 e o XIV Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde são alguns

dos eventos que reafirmaram a adesão dos municípios à proposta de promoção da saúde enquanto *elemento chave de um processo que pretende significar a luta pela saúde e qualidade de vida, adequando as opções do modelo de desenvolvimento econômico e social e permitindo a construção cotidiana da intersectorialidade* (CONASEMS, 1998) .

Referências bibliográficas:

Brasil. Ministério da Saúde (2001), PNUD. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundvall, Declaração de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México

Teixeira, Carmem F. , Paim, Jairnilson da Silva, VilasBôas, Ana Luisa. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, v.7, n.2, 1998

Gentile, Marilena Promoção da Saúde e Município Saudável, SP, Vivere-Estudos em Políticas Sociais, 2001

Franco, A Somente o Desenvolvimento Sustentável pode superar a pobreza no Brasil, Revista da Promoção da Saúde, Brasília, DF, ano 1, n.2, nov/dez, 1999pp 15-18

Buck, C Depois de Lalonde: a criação da saúde Organização Pan-americana da Saúde: uma antologia Publicação Científica 557, Washington, DC, 1996, p6-14

Sites: www.saude.gov.br

www.paho.org

www.web-brazil.com/gestaolocal

2.3.7 Existem experiências locais implementadas em conformidade com as propostas de políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis? Como foram formuladas e implementadas? Já existem avaliações de seus resultados e impactos?

Algumas experiências orientadas pelo enfoque da promoção da saúde têm sido desenvolvidas no país e, alcançado resultados importantes para o processo de consolidação da proposta de políticas públicas saudáveis. Os exemplos vividos em Crateús, Sobral e Chopinzinho, iluminam os diferentes caminhos, limites e potencialidades do processo de estruturação de políticas articuladas e intersectoriais com o objetivo de melhorar a saúde e garantir a cidadania da população.

Nestas experiências, os problemas regionais são compartilhados entre instituições públicas e organizações sociais e a ação é territorializada, gerando uma intervenção mais próxima da realidade social. Em Crateús, município de estado do Ceará, por exemplo, a parceria entre administração pública municipal e a Faculdade de Saúde Pública possibilitou a constituição de comitês populares distribuídos em 21 áreas de mobilização e envolvendo 300 agentes sociais. Os comitês dinamizam a participação popular e a promoção da qualidade de vida. Em Sobral, as metas de *zerar o analfabetismo, reduzir o índice de mortalidade infantil, colocar as crianças nas salas de aula, sanear toda a cidade e criar uma política de combate ao alcoolismo e ao uso de drogas entre os jovens* (Secretaria de Políticas de Saúde, MS, 2002) são renovadas através de comitês formados por instituições de governo e organizações civis. A expressiva queda nos índices de mortalidade infantil desde 1994, a redução da evasão escolar e os avanços na capacitação e profissionalização dos jovens, têm demonstrado a melhoria da qualidade de vida na região.

O município de Chopinzinho, localizado no estado do Paraná, iniciou o projeto de *unic_pio saudável* em 1995, como um desdobramento do Plano de Desenvolvimento Rural. Tratando-se de uma região predominantemente agrícola e vivendo os problemas ligados à falta de investimento e perspectivas de integração dos trabalhadores rurais, foi criado um Conselho com a participação de agricultores, sindicalistas, moradores e representantes de associações comerciais, organizações civis, clubes de mães e prefeitura. A partir daí, foram viabilizadas cooperativas de produção, crédito e habitação, programas de preservação do meio ambiente e diferentes projetos voltados à melhoria da qualidade de ensino. Através do fortalecimento de múltiplas parcerias, foram criadas estratégias para ampliar a responsabilização social e a capacitação para a gestão local.

No Distrito Federal, segundo a Secretaria de Políticas de Saúde do MS, o Programa Empresa Amigos da Educação “Se Liga Galera”, beneficia cerca de 6500 jovens e crianças, alunos da rede pública de ensino, ampliando a informação e o debate sobre os riscos do uso de drogas e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Em Embú, estado de S.Paulo, os catadores de lixo fundaram em 1997 a Cooperativa de Reciclagem de Matéria Prima e, através da parceria com o SEBRAE, Fetrabalho, Instituto de Cooperativismo e Associativismo de S.Paulo e o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Tecnológico Educacional e Associativo do

Rio Grande do Sul, têm ampliado a renda, a formação e a capacitação dos trabalhadores.

No entanto, os distintos grupos e segmentos sociais comprometidos com a proposta de políticas públicas e cidades saudáveis enfrentam também dificuldades importantes para a concretização de ações intersetoriais. A alternativa de gestão das intervenções públicas a qual permite a interpenetração de saberes e práticas, bem como a criação de um circuito virtuoso de trocas entre gestores e técnicos de diferentes instituições e a população, é ainda, muitas vezes, um objetivo difuso e dificilmente alcançável. Para Boaventura de Souza Santos, sociólogo português, a *institucionalização do Estado-articulador está ainda por inventar* (1988). O exercício da flexibilidade e da pluralidade no âmbito das políticas públicas é novo e ainda enfrenta múltiplas resistências. A tendência à parcialização, rigidez e excessiva hierarquização das agências estatais aliada à fragilidade das instâncias de participação dos cidadãos e organizações não governamentais no processo de formulação e gestão públicas, podem gerar obstáculos para a construção de novos espaços de negociação e ação integrada.

Ao mesmo tempo, ainda são poucos os investimentos na avaliação dos resultados e do impacto das experiências de *políticas públicas saudáveis* no país. As ações em rede e que, portanto, mobilizam diferentes instituições, lideranças populares e múltiplos atores sociais, impõem a estruturação de um novo enfoque da avaliação das políticas sociais. A convergência de objetivos e metas deve ser estendida também aos critérios de monitoramento das ações com a finalidade de gerar informação qualificada e novas estratégias para a expansão de iniciativas bem sucedidas.

Referências Bibliográficas

Barreira, Maria Cecília Roxo Nobre & Carvalho, Maria do Carmo Brant Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais, SP, IEE/PUC, 2001

Junqueira, Luciano A. Prates Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal, RAP, RJ, FGV, 32 (2):11-22, mar/abril, 1998

Ferraz, S.T. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. Saúde em Debate (41): 45-9, 1993

Santos, Boaventura de Souza Reinventar a Democracia, Lisboa, Edição Gradiva, 1998

Gentile, Marilena Promoção da Saúde e Município Saudável, SP, Vivere-Estudos em Políticas Sociais, 2001.

Mendes, R. Cidades Saudáveis no Brasil eos processos participativos : os casos de Jundiaí e Maceió, S.Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 2000 (tese de doutorado)

Viana, L A Novos Riscos, a Cidade e a Intersectorialidade das Políticas públicas, Revista de Administração Pública, RJ, FGV, 32 (2):23-33, mar/abril 1998

Westphal, M.F. O movimento de Municípios Saudáveis e a Conquista da Qualidade de Vida, Ciência e Saúde Coletiva, 5 (1)39-51, 2000

Plano de Desenvolvimento Rural de Chopinzinho, Prefeitura Municipal de Chopinzinho, Paraná 1997-1999

Estruturas e Ações de Promoção Social Municipal, Prefeitura de Chopinzinho, Paraná, 1999

Sites: www.saude.gov

www.cedaps.org

www.redeunida.org

www.conassem.com.br

www.ensp.fiocruz.br/documentos/dlis

2.3.8 O que é Agenda 21? Como a saúde se integra a este campo de iniciativas?

A agenda 21 traduz o compromisso em torno da satisfação das necessidades básicas, melhoria das condições de vida e proteção dos ecossistemas mundiais afirmado entre as 179 nações reunidas na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada em 1992, no Rio de Janeiro e conhecida como ECO-92. Dentro da perspectiva de que há uma dependência mútua entre população saudável e **desenvolvimento sustentável**, são preconizadas na Agenda 21 ações e estratégias voltadas a garantia de saneamento, abastecimento de água, segurança alimentar, atendimento primário de saúde, controle de moléstias

contagiosas, proteção de grupos vulneráveis e redução de riscos ambientais tanto nas áreas rurais como nas áreas urbanas.

Na verdade, desde meados dos anos 60 o dilema do desenvolvimento econômico e social aliado à proteção ambiental, vem ganhando visibilidade e forçando a ampliação do debate sobre as alternativas políticas capazes de conciliar sustentabilidade e justiça social. Em 1972, a I Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Meio Ambiente, realizada em Estocolmo, aprofundou a análise sobre os impactos ambientais e consequências sociais relacionados ao perfil de desenvolvimento econômico e industrial hegemônico. O problema da qualidade de vida passa a ser compreendido como algo que ultrapassa as fronteiras nacionais dos países industrializados e em desenvolvimento e, portanto, as soluções são articuladas a um novo comportamento político global. Nesta perspectiva, o Relatório Brundtland, elaborado em 1987 pela Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento criada pelas Nações Unidas, apontou os limites da promoção da industrialização ou do crescimento econômico independentes da avaliação do impacto no meio ambiente e nas condições efetivas de vida, saúde e liberdade humanas.

A Agenda 21 resultante da ECO 92 recupera esta trajetória e através dos conceitos-chave de parceria, educação, desenvolvimento individual, equidade, planejamento, desenvolvimento da capacidade institucional e informação fundamenta as estratégias prioritárias para a garantia do desenvolvimento sustentável. Assim, estabelece as principais diretrizes para a mudança dos perfis de pobreza e desigualdade social, para o controle de resíduos e substâncias tóxicas e proteção da água e do solo, para a ampliação da participação da população na formulação e implementação de políticas públicas e para a introdução de inovações jurídicas capazes de viabilizar um arcabouço institucional compatível com o planejamento integrado.

A Agenda 21 Global vem sendo desdobrada também nos níveis nacionais e municipais. No Brasil, seguindo a metodologia para a construção das agendas 21 nacionais proposta pela ONU, foi criada em 1997 a Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Nacional (CPDS), presidida pelo representante do Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da

Amazônia Legal. A comissão é composta por representantes do Ministério do Planejamento e Orçamento, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Ciência e Tecnologia, Secretaria de assuntos Estratégicos da Presidência da República, da Câmara de Políticas Sociais e de representantes da sociedade civil organizada. Em 2002, a comissão apresentou documento com propostas de crescimento sustentável vinculadas a seis áreas temáticas: agricultura sustentável, cidades sustentáveis, infra-estrutura e integração regional, gestão de recursos naturais, redução das desigualdades sociais e ciência e tecnologia para o desenvolvimento sustentável. A partir da discussão com entidades civis, ONGs e agências estatais foram consolidadas a nível nacional as proposições de diferentes segmentos sociais. Independente do processo de construção da Agenda 21 nacional, os municípios, bairros e escolas também foram mobilizados a apresentar propostas para Agenda 21 local. Assim, segundo o Ministério do Meio Ambiente, em 2002 foram cadastradas 204 experiências de Agenda 21 locais em andamento nas diferentes regiões do país.

Segundo a análise de Rodrigo Junqueira (2000) as agendas sociais surgem como alternativas de resposta para organizar o processo de implantação dos ideais e necessidades emcampados por setores de nossa sociedade. Desvelar os discursos e as práticas similares e distintas que pregam a ação intersetorial como princípio básico parece ser fundamental para avançarmos na definição de subsídios para o desenvolvimento local sustentável como estímulo e apoio à formação de indivíduos, grupos e sociedade com autonomia incremental de gestão para a melhoria da qualidade de vida” (2000:124)

Neste sentido a Agenda 21, nos seus diferentes níveis de implementação possui estreita vinculação com os princípios de reorganização administrativa, participação social e garantia de equidade no campo da saúde. A concepção do desenvolvimento social como processo ampliado e cuja sustentabilidade impõe compromisso e engajamento cotidiano dos cidadãos atravessa o trabalho em saúde. Ao mesmo tempo, as conexões entre pobreza, degradação ambiental e condições de saúde fortalecem o diálogo interdisciplinar e a construção de propostas intersetoriais sintonizadas com a Agenda 21.

Referências bibliográficas:

Barbieri, J.C., Desenvolvimento e meio ambiente: as estratégias de mudanças da Agenda 21, Petrópolis, Vozes, 1997

Brasil, Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal, agenda 21: o caso do Brasil, Brasília 1998

Rosa, S. C. Desafios e elementos do desenvolvimento local e sustentável. Município Saudável, Revista. Promoção da Saúde(1):21-5, ago/out,1999

Junqueira, Rodrigo Gravina Prates, Agendas sociais: desafio da intersectorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável, RJ, RAP,6, nov/dez 2000, p.117-130

Mendes, E.V (org) Distrito Sanitário : o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS, S.P, Hucitec/Abrasco, R.J, 1993

Inojosa, Rose Marie Saúde: esgarçamento e reconstituição da rede social , Revista de Administração Pública, RJ, FGV, 34 (6):105-16, nov/dez, 2000

Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 21 Nacional, Ministério do Meio Ambiente/PNUD-Agenda 21 Brasileira- Ações Prioritárias, 2002

Sites: www.agenda21.org.br

www.mct.gov.br

www.mma.gov.br

www.forumsocialmundial.org

www.redsocial.org

www.earthdialogue.org

2.3.9 Existem estratégias para o fortalecimento da participação social na definição, acompanhamento e avaliação das políticas orientadas para o desenvolvimento social ? Quais as suas principais inovações ?

A construção de estratégias efetivas para o desenvolvimento social tem como ponto de partida a ampliação da participação popular na formulação e monitoramento das políticas públicas. Nesta direção, a Constituição de 1988 possibilitou a criação de um novo arcabouço institucional voltado à descentralização administrativa, transparência e democratização das decisões públicas. O avanço na institucionalização das leis orgânicas e planos diretores, assim como, a criação de câmaras setoriais, conselhos

populares e outros canais de participação na gestão pública, permitiram expandir fóruns de decisão e espaços de negociação e cooperação. Estudo realizado por Sonia Draibe em 1998 aponta que, sobretudo a partir do final dos anos 80, foram criados centenas de conselhos locais envolvendo gestores, representantes da sociedade civil e beneficiários das políticas públicas nas áreas de educação, saúde, criança e adolescente, desenvolvimento urbano, desenvolvimento rural e meio ambiente.

Apesar dos desafios ligados à superação da lógica clientelista e burocratizada, foram dados passos importantes para a transformação das estruturas político-institucionais do país. As parcerias entre agências estatais, mercado e sociedade civil geraram iniciativas e práticas de gestão social integradas. Embora não seja possível enumerar aqui a totalidade de ações integradas orientadas pela perspectiva de políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis no país, alguns exemplos podem ser descritos. Uma das experiências participativas inovadoras nas administrações municipais tem sido a elaboração do Orçamento Participativo. Através do exemplo pioneiro de Porto Alegre, em 1989, um conjunto amplo e diversificado de organizações e atores sociais participam da definição de critérios para a alocação do orçamento público em muitos municípios brasileiros. São realizadas assembléias, plenárias regionais e discussões temáticas com associações comunitárias, conselhos municipais, sindicatos e delegados representantes do movimento popular.

O Plano de Reestruturação de Zonas Especiais de Interesse Social (PREZEIS) de Recife, também vem sendo apontado como uma experiência inovadora de promoção da integração urbana e social de áreas de favelas a partir do fortalecimento dos canais de participação social na gestão pública. Em 1983, sancionada a Lei de Uso e Ocupação do Solo para a cidade, foi institucionalizado o Fórum do PREZEIS, formado por representantes da população e governo, com o objetivo de discutir e implementar propostas de reurbanização e reversão do processo da segregação socioespacial. Em Porto Alegre, o PRORENDA Urbano voltado à promoção do desenvolvimento local em áreas carentes através de ações de capacitação e responsabilização social, foi formado por uma estrutura de gestão participativa composta pelos representantes de entidades comunitárias, instituições públicas e privadas. No Ceará, o programa de Saneamento Básico Rural do Estado, criado em

1991 foi viabilizado a partir de um acordo de cooperação entre o governo alemão e o governo estadual com o objetivo de planejar e implantar serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário. A principal inovação do programa foi a representação comunitária na coordenação das ações: o Sistema Integrado de Saneamento Rural (SISAR)- federação de associações comunitárias que conta com representantes de 25 comunidades- tornou-se co-responsável pelo planejamento, acompanhamento e manutenção dos sistemas de saneamento

Também no Ceará, o município de Icapuí integrou o conjunto de 76 municípios vinculados ao Programa de Gestão Urbana da ONU, cujos principais objetivos são o fortalecimento da participação popular, a diminuição da pobreza urbana e a garantia de ambientes saudáveis. Neste esforço, o município conseguiu reduzir os índices de mortalidade infantil, aumentar a frequência escolar e ampliar o acesso aos serviços de saúde. Em Santo André, o Programa Integrado de Inclusão Social -PIIS, teve como principal estratégia a articulação espacial das políticas setoriais e co-gestão com a população. Outra iniciativa importante, ligada ao desenvolvimento rural, é o Plano Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável (PNDRS) elaborado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural do Ministério de Desenvolvimento Agrário. Através do planejamento participativo foram instituídas câmaras técnicas para a discussão das formas de diversificação de economias locais, acesso a terra e educação rural voltadas aos 4.500 municípios rurais do país.

Assim, embora marcadas pela diversidade, as experiências têm em comum a perspectiva da reorganização administrativa visando sensibilizar e mobilizar cidadãos para a construção de alternativas públicas. Neste processo, porém, podem surgir impasses e dificuldades. A concretização do orçamento participativo, por exemplo, pode ser prejudicada se o conjunto de representantes eleitos da população não aprofunda o conhecimento dos problemas locais e limites orçamentários. As desigualdades inter e intra-regionais também proporcionam diferentes possibilidades de participação popular.No entanto, o exercício da cooperação intermunicipal, potencializando vocações regionais e contornando a capacidade diferenciada de mobilização social e captação de recursos pode alcançar impactos positivos. A descontinuidade administrativa também é outro obstáculo importante a ser superado. A possibilidade de ampliação do aprendizado político dos diferentes segmentos sociais envolvidos na gestão pública e, também, de enraizamento social de

iniciativas exitosas depende, em parte, do fortalecimento de padrões cooperativos mais amplos, perenes e, portanto, menos influenciados por interesses e disputas particularistas.

Referências bibliográficas:

Figueiredo, Rubens e Lamounier, Bolivar As Cidades que dão Certo, S.P., M.H.Comunicações, 1996

Marques, Eduardo Cesar Redes sociais e instituições na construção do Estado e da permeabilidade, Revista Brasileira de Ciências Sociais, Anpocs, 14 (41):45-67, out, 1999

Draibe, S.M., Um Balanço da Experiência dos Conselhos, PNUD, 1998 (mimeo)

Fedozzi, Luciano Orçamento Participativo: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre, P.A, Tomo Editorial,

Sites: www.portoalegre2002.org

www.campinas.sp.gov.br

www.ibam.org.br

2.3.10 Como as noções de capital social e comunidade cívica articulam-se ao debate da promoção da saúde?

O capital social é um bem público criado como resultado da dinâmica das relações sociais. O capital social se refere à confiança, às normas e redes que podem melhorar a eficiência da sociedade facilitando a coordenação das ações. A diminuição da participação cidadã nas atividades da comunidade e a perda da confiança entre seus membros tem um grave impacto sobre o capital social.(Putnam, 1996) A comunidade cívica se caracteriza por cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, por relações políticas igualitárias e por uma estrutura social firmada na confiança e na colaboração.(Putnam, 1996)

As propostas de ação intersetorial, responsabilização social e descentralização decisória que estruturam o debate da promoção da saúde envolvem cooperação, confiança e existência de instâncias e fóruns permanentes para a solução de conflitos e divergências entre os atores sociais. Neste sentido, as noções de capital social e comunidade cívica constituem eixos fundamentais para a análise do

sucesso ou do insucesso das iniciativas de promoção da saúde. Como aponta Putnam (1996) a confiança, as normas e cadeias de relações sociais que multiplicam o capital social das comunidades facilitam a cooperação voluntária. Na prática, o intercâmbio social e o fortalecimento dos vínculos que definem a comunidade cívica favorecem a construção de consensos e, portanto, o melhor desempenho das ações de promoção da saúde. A superação da fragmentação e compartimentalização do trabalho na área da saúde, tarefa fundamental para a construção de *idades saudáveis*, implica novas coalizões e práticas gerenciais capazes de estimular trocas substantivas entre os profissionais de saúde, organizações não-governamentais, associações comunitárias e agentes formuladores e implementadores de políticas e programas sociais.

Referências Bibliográficas:

Putnam, Robert D. Comunidade e Democracia- a experiência da Itália moderna, RJ, FGV, 1996

Klicksberg, Bernardo Repensando o Estado para o desenvolvimento social- superando dogmas e convencionalismos, SP, Cortês Editora, 1998

Tendler, Judith Bom Governo nos Trópicos- Uma visão crítica, RJ, Revan, 1998

Teixeira, Carmem e Paim, Jairnilson Silva Planejamento e programação de ações intersetoriais para a programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. Revista de Administração Pública, RJ, FGV, 34 (6) 63-80, nov/dez 2000

Abu-El-Haj, J O debate em torno do capital social : uma revisão crítica Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais, 47:65-77,1999

Ghon, M.G Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica, Editora Cortez, SP, 2001

Benevides, M.V. A Cidadania Ativa, Editora Ática, SP, 1991

Sites: www.idrc.ca

www.euro.who

www.earthdialogues.org

www.iigov.org

www.forumsocialmundial.org.br

3 GLOSSÁRIO

Giselle Lavinias Monerat[□]

ACCOUNTABILITY: O conceito anglo-saxão de *accountability* resume a obrigação dos gestores públicos e técnicos responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas ampliarem a visibilidade das ações desempenhadas, em seus múltiplos aspectos, disponibilizando informação qualificada sobre procedimentos adotados, custos, benefícios e resultados para o conjunto de atores sociais envolvidos.

Fonte: USAID, 1999.

AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE: As AIS significaram uma proposta de *integração e racionalização* dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema **unificado, regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência** para o atendimento. As AIS conquistaram um avanço expressivo na conformação de políticas que levaria à reforma do setor saúde, fortaleceram o princípio federativo e buscaram a incorporação do planejamento à prática institucional, constituindo-se em importante instrumento de planejamento descentralizado e integrado. O programa era executado a partir da gestão tripartite MS-INAMPS-Secretarias Estaduais.

Fonte: FARIA, T.W. Dilemas e Consensos: A Seguridade Social Brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988. Um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Rio de Janeiro, IMS/UERJ. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva). 1997.165p.

□ Professora-assistente da Faculdade de Serviço Social da UERJ. Assistente Social, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública.

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: Em seu sentido mais abrangente, a expressão Administração Pública designa o conjunto das atividades diretamente destinadas à execução concreta de tarefas ou incumbências consideradas de interesse público ou comum, numa coletividade ou numa organização estatal.

Fonte: BOBBIO, N., MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. Dicionário de Política. Ed. Universidade de Brasília, 1983. 1318 p.

AGENDAS DE SAÚDE: É um instrumento de gestão pelo qual os governos federal, estaduais e municipais estabelecem, justificam e detalham as prioridades da política de saúde. Dessa forma, o gestor deve destacar e justificar os eixos prioritários de intervenção, os objetivos e os indicadores da política de saúde em cada esfera de governo e em cada exercício. A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, devem, por meio de seus órgãos de saúde, remeter ao respectivo conselho de saúde uma proposta de Agenda de Saúde, que uma vez aprovada, constitui a primeira etapa do processo de planejamento da gestão da saúde. É importante frisar que a Agenda de Saúde é um instrumento participativo, resultante da negociação e do consenso entre órgãos gestores, conselhos de saúde e comissões intergestores.

Fonte: BRASIL/SE. Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumentos de gestão em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. (Série C. Projetos e Relatórios, n. 60). (disponível em www.saude.gov.br/bvs/publicações, acesso em 27/11/2002).

ASSISTÊNCIA À SAÚDE: O campo da assistência a saúde encerra um conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais, individuais e coletivas, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.

Fonte: BRASIL. NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – NOB/SUS 01/1996. Publicada no Manual do Gestor SUS – COSEMS – RJ. 1997. p. 76 a 113.

ATORES/AGENTES SOCIAIS: Na linguagem da Ciência Política, são as pessoas, grupos ou entidades que participam das disputas nas diversas arenas políticas, econômicas e ideológicas (espaços abstratos onde ocorrem tais disputas).

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de educação à Distância. Unidade II. Planejamento da Atenção a saúde. Rio de Janeiro/ Brasília, 1988. 191 p.

BEM PÚBLICO: São bens ou serviços tais que o consumo de uma pessoa não reduz a quantidade disponível para o consumo das outras. Tipicamente são bens dos quais os consumidores não podem ser excluídos: se estão disponíveis para qualquer um, estão para todos, pelo menos local ou temporariamente. Considerando que as pessoas podem consumir tais bens sem ter que pagar por eles, ninguém os produzirá para venda aos consumidores, individualmente. Então, só serão produzidos se o Estado (ou alguma fonte como uma organização de caridade) paga a sua produção. A noção de um bem público em saúde não é diferente do que em qualquer setor: onde quer que tais bens ou serviços estejam disponíveis, devem ser financiados pelo Estado ou alguma outra alternativa fora do mercado. (Essa é a definição de Musgrove – ver outras definições já que Musgrove restringe bastante a noção de bem público)

BEM PÚBLICO: Denomina-se bem público o de uma ação coletiva ou governamental que pode beneficiar a todos, não provocando perda para nenhum dos membros da sociedade, nem sendo privilégio de indivíduos ou grupos.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde. Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais. Programa de Educação a Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília. 1998. 157 p.

BLACK REPORT: O Relatório de Sir Douglas Black, publicado em 1972, 1986 e 1988 representa um importante ponto de inflexão na pesquisa em saúde. O estudo revisou as taxas de mortalidade segundo as diferentes classes socioeconômicas, a

partir de 1911 e nas décadas seguintes. A análise dos dados mostrou que, apesar das profundas modificações nas causas de morte, a tendência dos grupos sociais desfavorecidos apresentarem maiores taxas de mortalidade e menor de esperança de vida ao nascer persistiu ao longo do tempo.

Fonte: Evans, R.G et all, (1994) Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations, New York, Aldine de Gruyter

CAPITAL SOCIAL: O capital social é um bem público criado como resultado da dinâmica das relações sociais. O capital social refere-se à confiança, as normas e redes que podem melhorar a eficiência da sociedade facilitando a coordenação das ações. A diminuição da participação cidadã nas atividades da comunidade e a perda da confiança entre seus membros tem um grave impacto sobre o capital social.

Fonte: PUTNAM, Robert D. Comunidade e Democracia – a experiência da Itália moderna, RJ, FGV, 1996.

CARTA DE OTAWA: Carta promulgada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa – Canadá em novembro de 1986, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública. Esta Conferência foi uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. A Carta de Ottawa define que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. O modelo de Promoção de Saúde propugnado na carta de Ottawa destaca cinco estratégias fundamentais: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do Sistema de Saúde.

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. PROMOÇÃO DA SAÚDE. DF. BRASÍLIA. 2001. 54 p.

CENTRALIZAÇÃO: Processo político de retenção de poderes pelo governo central, em desfavor das entidades federadas e dos municípios. A centralização é provocada

pelo desequilíbrio entre as forças centrípetas e centrífugas que se manifestam nos sistemas federativos, com prevalência das primeiras. Tais forças estabelecem fluxos centralizadores com esvaziamento da competência dos Estados – Membros e, por via de consequência, também dos municípios que deles são células político - administrativas. O processo inverso, ocasionado pela prevalência das forças centrífugas, com aumento da gradação da autonomia dos entes políticos internos, chama-se descentralização.

Fonte: MELO, Osvaldo Ferreira de. Dicionário de Direito Político. RJ. Forense, 1978. 135 p.

CENTRALIZAÇÃO: É uma alta concentração de poder (medida por critérios de força, âmbito e extensão) nas mãos de uns poucos, num grupo social organizado. A centralização pode ser de natureza geográfica, funcional, ou de outros tipos. O termo centralização passou a ser usado com frequência no começo do século XIX, particularmente na França, para indicar o processo de aumento de poder governamental.

Fonte: Dicionário de ciências Sociais. Fundação Getulio Vargas/ MEC, 1986. 1421 p.

CIDADANIA: Idéias de cidadania floresceram em diversos períodos históricos – na Grécia e na Roma antigas, nos burgos da Europa medieval, nas cidades do Renascimento. Mas a cidadania moderna, embora influenciada por essas concepções antigas, possui caráter próprio. Primeiro, a cidadania formal é hoje quase universalmente definida como a condição de membro de um estado-nação. Segundo, a cidadania substantiva, definida como a posse de um corpo de direitos civis, políticos e especialmente sociais, tem-se tornado cada vez mais importante. A cidadania substantiva foi analisada em um estudo clássico de T.H. MARSHALL, em 1950 que descrevia um desenrolar da extensão de direitos civis, políticos e sociais para toda a população de uma nação. Na Europa Ocidental depois de 1945, foi o aumento dos direitos sociais – a criação de um Estado de Bem – Estar – que produziu as maiores mudanças, estabelecendo princípios mais coletivistas e igualitários, e políticas que contrabalançavam, em certa medida, as tendências não – igualitárias da economia capitalista.

Fonte: Dicionário do Pensamento Social do século XX. Editado por Willian Outhwaite, Tom Bottomore, Ernest Gellner, Robert Nisbet, Alain Touraine. Editoria brasileira: Renato Lessa e Wanderley Guilherme dos Santos. Editora Zahar, 1996. 970 p.

COMANDO ÚNICO: É uma diretriz do SUS que visa a integração da gestão das ações e serviços de saúde em cada esfera de governo, em seus respectivos âmbitos de competência política e administrativa. O objetivo final é que cada esfera de governo seja capaz de assumir a responsabilidade sanitária plena para melhorar a qualidade de vida e saúde da população. O comando único (ou direção única) em cada nível de governo não deve, todavia, prescindir da ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo, como também do funcionamento dos mecanismos de controle social, tais como as Conferências e Conselhos de Saúde no âmbito dos governos federal, estadual e municipal. Nesta direção, o princípio do comando único está relacionado ao processo de descentralização das ações de saúde para os entes da federação que vem ocorrendo desde o início dos anos 90, caracterizado pela flexibilidade e gradualidade previstas nas Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96) e atualmente regulado pela Norma Operacional de Assistência a Saúde de 2002.

Fonte: BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1993. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. 67 p.

COMISSÕES INTERGESTORES: São instancias que integram a estrutura decisória do SUS. Constituem uma estratégia de coordenação e negociação do processo de elaboração da política de saúde nos três níveis de governo, articulando-os entre si. Existem duas comissões intergestores em funcionamento: Comissão Intergestores Tripartite (CIT) na esfera federal e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) na esfera estadual. Estas comissões intergestores têm desempenhado papel relevante na formulação e implementação da política de saúde e tem contribuído na complexa tarefa de desenvolver as diretrizes do SUS no sistema federativo brasileiro.

Fonte: NOB 01/1993.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE / SAS. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Oficina nº 2: Relação entre níveis de governo na gestão dos sistemas de saúde. São Paulo, 11 a 14 de agosto de 2002. Texto – base para debate. Mimeografado. 40 p.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB): É o foro de negociação e deliberação dos Conselhos Municipais de Saúde, submetendo-se ao poder deliberador e fiscalizador do Conselho Estadual de Saúde (CES). É constituída paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo COSEMS, incluindo obrigatoriamente o Secretário de Saúde da Capital.

Fonte: BRASIL. NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – NOB/SUS 01/1993. Publicada no Manual do Gestor SUS – COSEMS – RJ. 1997. p. 59 a 75.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT): É um órgão colegiado, que integra o poder executivo em nível federal. É o principal foro de negociação das questões relativas a formulação da política de saúde, tem por função assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implementação do SUS. É também foro de negociação para questões nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (C.E.S). Submete-se ao poder deliberador do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e é composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. A CIT está em funcionamento desde 1991.

Fonte: BRASIL. NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – NOB/SUS 01/1993. Publicada no Manual do Gestor SUS – COSEMS – RJ. 1997. p. 59 a 75.

COMUNIDADE CÍVICA: A comunidade cívica se caracteriza por cidadãos atuantes de espírito público, por relações políticas igualitárias e por uma estrutura social firmada na confiança e na colaboração.

Fonte: PUTNAM, Robert D. Comunidade e Democracia – a experiência da Itália moderna, RJ, FGV, 1996.

CONDIÇÕES DE GESTÃO OU MODELOS DE GESTÃO DO SUS: Foram primeiramente estabelecidos na NOB 93 e dizem respeito ao estágio de desenvolvimento do processo de descentralização do Sistema em cada estado e município. Os modelos foram então definidos como Incipiente, Parcial e Semiplena, envolvendo um conjunto de exigências e prerrogativas. Ao assumir o repasse de recursos fundo – a – fundo entre a União, Estados e Municípios, a NOB 96 redefine estes estágios, estabelecendo para os municípios as Gestões Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal, enquanto para os estados foram estabelecidos as Gestões Avançadas do Sistema Estadual e Plena do Sistema Estadual. A NORMA OPERACIONAL DA ASSISTENCIA A SAUDE de 2002 atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais. Os municípios podem habilitar-se na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal e os estados podem habilitar-se em duas condições: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Fonte: BRASIL. NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – NOB/SUS 01/1993. Publicada no Manual do Gestor SUS – COSEMS – RJ. 1997. p. 59 a 75.

BRASIL. NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – NOB/SUS 01/1996. Publicada no Manual do Gestor SUS – COSEMS – RJ. 1997. p. 76 a 113.

BRASIL. Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. 107 p.

CONFERÊNCIA DE SAÚDE: É a reunião de representantes de vários segmentos sociais com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governos (municipal, estadual e nacional), convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. A Conferência de saúde deve reunir-se a cada 4 anos.

Fonte: BRASIL. Lei Orgânica de Saúde. Lei 8080. Brasília. 1990. (disponível em www.saude.gov.br acesso em 27/11/02).

CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: Em janeiro de 1937 a lei nº 378, que reorganizou o então Ministério da Educação e Saúde Pública, instituiu a Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Educação, com o objetivo de "facilitar ao governo federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o País, e orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais" (Brasil, 1980: pp.1). Desde sua instituição foram realizadas onze Conferências de Saúde e a temática de cada encontro normalmente esteve relacionada à discussão política e institucional de cada momento histórico específico, apresentando questões de relevância para a organização e encaminhamento da política nacional de saúde. Mais recentemente, com a constituição do Sistema Único de Saúde, uma nova lei - nº 8.142/1990 - tornou a definir as atribuições das Conferências, conferindo nova periodicidade na sua execução (a cada 4 anos e não mais a cada 2 anos) e determinando a participação dos diversos segmentos sociais na discussão desse fórum, além de enfatizar o papel da Conferência na proposição de diretrizes para a formulação da política.

Fonte: BAPTISTA, T. F.W., UCHÔA, S.A. da C., NESPOLI, G., MARIANI, M. Relatório Final Projeto "Investigação sobre a produção de conhecimento no campo da Saúde Coletiva no Brasil e a trajetória de formulação e implementação da Política de Saúde". Ministério da Saúde/ SAS/OPAS/IMS. Junho de 2001. Mimeografado. 217 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Eventos de participação social realizados no Brasil desde a década de 40, mas que ganharam, a partir do movimento da Reforma Sanitária, na década de 80, novo alento, com intensa participação de atores sociais diversos, além do governo, inclusive da parcela mais organizada da sociedade. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, definiu as bases filosóficas e operacionais do SUS, as seguintes (IX CNS, em 1992 e X CNS, em 1996) foram de grande importância como pressão política para a implementação do sistema.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de educação à Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. 157 p.

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: A VIII Conferência, realizada em 1986, foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois pela primeira vez contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial. A Conferência reuniu cerca de 4000 delegados eleitos em todos os estados brasileiros e aprovou por unanimidade a diretriz da universalização da saúde e do controle social efetivo com relação as práticas de saúde estabelecidas. O Relatório final da Conferência serviu de subsídio para a elaboração de emendas populares defendidas durante a elaboração da nova Constituição, bem como de ponto de partida para a delimitação da nova política.

Fonte: FARIA, T.W. Dilemas e Consensos: A Seguridade Social Brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988. Uma estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Rio de Janeiro, IMS/UERJ. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva). 1997.165p.

CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CES): São órgãos colegiados integrantes da estrutura básica da Secretaria Estadual de Saúde. Tem composição paritária: 50% usuários, 25% trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços público e privado. É a instância que tem poder deliberativo no nível estadual. Focaliza e conclui as questões encaminhadas pela Comissão Intergestores Bipartite.

Fonte: BRASIL. Lei Complementar da Saúde n. 8142. Brasília, 1990. (disponível em www.saude.gov.br acesso em 27/11/2002.)

COSEMS – RJ. Manual do Gestor SUS. Março de 1997. 183 p.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (COSEMS): Entidade que reúne e representa o conjunto dos secretários de saúde dos estados. As funções dos COSEMS consistem em participar, em nome dos municípios, das articulações em torno da política de saúde, defender seus interesses junto às demais esferas de governo e aos prestadores de serviços ao SUS.

Fonte: COSEMS - RJ. Manual do Gestor. Março de 1997. 183 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS):

É um organismo de representação dos secretários estaduais de saúde e serve de interlocutor oficial do Ministério da Saúde com relação à política de saúde. A lei 8.142 de 1990, ao tratar da participação social no SUS define o CONASS como representante dos estados no Conselho Nacional de Saúde. Tem assento garantido na Comissão Intergestores Tripartite.

Fonte: COSEMS - RJ. Manual do Gestor. Março de 1997. 183 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

(CONASEMS): É uma organização não governamental que representa potencialmente todos os secretários municipais de saúde do país e serve de interlocutor oficial do Ministério da Saúde com relação a política de saúde. A lei 8.142 de 1990, ao tratar da participação social no SUS define o CONASEMS como representante dos municípios no Conselho Nacional de Saúde. O CONASEMS é membro da Comissão Intergestores Tripartite. A fundação do CONASEMS é fruto do movimento municipalista da saúde, no próprio contexto que originou o SUS. Este movimento é precedido de diversos encontros nacionais e regionais de Secretários Municipais de Saúde desde 1978, acompanhando o processo de redemocratização do país.

Fonte: COSEMS - RJ. Manual do Gestor. Março de 1997. 183 p.

CONSELHOS DE SAÚDE: Com base na legislação já existente, pode-se definir um Conselho de Saúde como órgão ou instancia colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera do governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixadas em lei. Os conselhos consubstanciam a participação da sociedade organizada na administração e gestão do sistema de saúde, propiciando o controle social desse sistema.

Fonte: BRASIL. Lei Complementar da Saúde n. 8142. Brasília, 1990. (disponível em www.saude.gov.br acesso em 27/11/2002.)

COSEMS – RJ. Manual do Gestor SUS. Março de 1997. 183 p.

CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS: Recursos arrecadados da sociedade com finalidade específica de cobrir as despesas da área social. Exemplos: CPMF, COFINS, contribuição sobre folha de salários (INSS) e outros. Devem ser diferenciadas dos impostos, que se destinam a aplicações gerais e possuem regras jurídicas próprias para arrecadação e gasto.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de Educação à Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. 157 p.

CONTROLE SOCIAL: É um conceito estreitamente relacionado à participação social e ao processo recente de democratização da sociedade brasileira, onde a idéia principal é que o Estado deve se aproximar da sociedade e criar canais permeáveis às demandas sociais. Assim, está associado à nova modalidade de relacionamento entre Estado e sociedade, consagrada na Constituição de 1988. No campo da saúde, foi institucionalizado no interior do aparelho do Estado um sistema nacional de órgãos colegiados com razoável poder legal, onde os usuários têm representação paritária em relação aos prestadores de serviços e ao governo. Os principais mecanismos de controle social na saúde são as Conferências e os Conselhos no âmbito das três esferas gestoras do SUS, que têm a atribuição de deliberar sobre a formulação e a fiscalização da política de saúde nos seus respectivos espaços de competência política e administrativa. Hoje, para além das Conferências e Conselhos, outras instâncias da sociedade também são reconhecidas como espaços para o fortalecimento do controle social na saúde, tais como o Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor, órgãos de representação de categorias profissionais, dentre outros. Trata-se de viabilizar a prática da democracia participativa, criando condições para que os cidadãos participem das decisões do Estado através de instâncias representativas da sociedade civil.

Fonte: CARVALHO, Antonio Ivo. “ Conselhos de saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: A reforma Sanitária como Reforma do Estado”. In: FLEURY, Sonia (org.) Saúde e Democracia: A luta do CEBES, SP. Ed. Lemos, 1997.

BRAVO: M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: O potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P. (orgs.) Política Social e Democracia. São Paulo: Ed. Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 43 a 66.

DEMOCRACIA: É um sistema político no qual o povo inteiro toma, e tem o direito de tomar, as decisões básicas determinantes a respeito de questões importantes de políticas públicas. Pode-se entender a democracia como um método ou um conjunto de regras de procedimento para a constituição de Governo e para a formação das decisões políticas (ou seja, das decisões que abrangem a toda a comunidade) mais do que uma determinada ideologia. Na teoria política contemporânea, mais em prevalência nos países de tradição democrático-liberal, as definições de democracia tendem a resolver-se e a esgotar-se num elenco mais ou menos amplo, segundo os autores, de regras de jogo, ou, como também se diz, de “procedimentos universais”. Entre estas: 1) o órgão político máximo, a quem é assinalada a função legislativa, deve ser composto de membros direta ou indiretamente eleitos pelo povo, em eleições de primeiro e de segundo grau; 2) junto do supremo órgão legislativo deverá haver outras instituições com dirigentes eleitos, como os órgãos da administração local ou o chefe de Estado (tal como acontece nas Repúblicas); 3) todos os cidadãos que tenham atingido a maioria, sem distinção de raça, de religião, de censo e possivelmente de sexo, devem ser eleitores; 4) todos os eleitores devem ter voto igual; 5) todos os eleitores devem ser livres em votar segundo a própria opinião formada o mais livremente possível, isto é, numa disputa livre de partidos políticos que lutam pela formação de uma representação nacional; 6) devem ser livres também no sentido em que devem ser postos em condições de ter reais alternativas (o que exclui como democrática qualquer eleição de lista única ou bloqueada); 7) tanto para as eleições dos representantes como para as decisões do órgão político supremo vale o principio da maioria numérica, se bem que podem ser estabelecidas várias formas de maioria segundo critérios de oportunidade não definidos de uma vez para sempre; 8) nenhuma decisão tomada por maioria deve limitar os direitos da minoria, de um modo especial o direito de tornar-se maioria, em paridade de condições; 9) o órgão do Governo deve gozar de confiança do

Parlamento ou do chefe do poder executivo, por sua vez, eleito pelo povo. Certamente nenhum regime histórico jamais observou inteiramente o ditado de todas estas regras, e por isso é lícito falar de regimes mais ou menos democráticos.

Fonte: BOBBIO, N., MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. Dicionário de Política. Ed. Universidade de Brasília, 1983. 1318 p.

DESCENTRALIZAÇÃO: O termo descentralização tem sido utilizado indistintamente para indicar graus e modalidades diversas de redução do escopo do governo federal em decorrência do deslocamento de capacidade de decidir e implementar políticas para instâncias subnacionais; de transferência para outras esferas de governo da implementação e administração de políticas definidas no plano federal, ou da passagem de atribuições da área governamental para o setor privado. No Brasil, a crise do regime autoritário e a transição para a democracia geraram poderosas correntes descentralizadoras. No campo das políticas sociais, a descentralização surgiu da crítica ao padrão de proteção social implementado pelos governos autoritários: centralizado, fragmentado do ponto de vista institucional, tendo promovido grande iniquidade social. Assim, a descentralização foi vista como um instrumento de redução das desigualdades sociais. A Constituição de 1988 definiu um novo arranjo federativo com significativa transferência de capacidade decisória, funções e recursos do governo nacional para os estados e, especialmente para os municípios. A descentralização propriamente dita, entendida como transferência de poder decisório do governo federal para as instâncias subnacionais de governo não pode ser confundida com a desconcentração que seria a transferência de responsabilidades, atribuições e tarefas sem o correspondente poder político e financeiro para a tomada de decisões no âmbito dos estados e municípios. Assim, no campo da saúde pode-se afirmar que a descentralização é a redistribuição das responsabilidades quanto as ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (união, estados, municípios, distritos), partindo do pressuposto que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma comunidade, mais chance terá em acertar na resolução dos mesmos. A descentralização tem como diretrizes: a regionalização e a hierarquização dos serviços – rumo a municipalização; a organização de um sistema de referência e contra referência; a maior resolutividade

atendendo melhor os problemas de sua área; a maior transparência na gestão do sistema; a entrada da participação popular e o controle social.

Fonte: ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. “Federalismo e Políticas Sociais”. In: AFFONSO, R.B.A e SILVA, P.L.B. (orgs.). Federalismo no Brasil: Descentralização e Políticas Sociais. São Paulo. FUNDAP, 1996. p. 13 a 40.

BAPTISTA, F.T.W. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde. Notas de aula. 1999. Mimeografado. 16 p.

STEIN, R. Organização e Gestão de Políticas Sociais no Brasil. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 3: Política Social. Brasília. CEAD/NED/UNB, 2000. p. 73 a 85.

DESENVOLVIMENTO SUSTENTAVEL: Desenvolvimento que satisfaz as necessidades presentes, sem comprometer a capacidade das gerações futuras de suprir suas próprias necessidades.

Fonte: (Relatório Bruntland, 1991).

DITADURA: A ditadura costuma ser compreendida hoje em dia como uma forma altamente opressora e arbitrária de governo, estabelecida por meio da força ou da intimidação e que permite a uma pessoa ou grupo monopolizar o poder político em detrimento da sociedade em geral. No entanto essa definição muito geral capta apenas um dos significados – chave da palavra. É verdade que “ditadura” ressoa como idéias de ilegalidade, domínio, governo de militares e totalitarismo. Mas também tem sido empregada com freqüência em cenários “democráticos” para caracterizar, por exemplo, a ascendência e a força do Poder Executivo e a incapacidade do Congresso em controlá-lo.

Fonte: Dicionário do Pensamento Social do século XX. Editado por Willian Outhwaite, Tom Bottomore, Ernest Gellner, Robert Nisbet, Alain Touraine. Editoria brasileira: Renato Lessa e Wanderley Guilherme dos Santos. Editora Zahar, 1996. 970 p.

EMENDA CONSTITUCIONAL: Emenda é qualquer alteração ou substituição de projeto de lei, durante o processo de discussão em Câmaras Legislativas. Uma

emenda pode alterar um projeto aditando-o (emenda aditiva), suprimindo-lhe parte (emenda supressiva) ou substituindo-o por outro texto (emenda substitutiva). Quando incidente sobre o texto da Constituição, chama-se Emenda Constitucional. A emenda constitucional deve ser inscrita, no mínimo, por 1/3 dos deputados, ou nos termos do art.60 da CF, por aquelas pessoas autorizadas. A Proposta de Emenda Constitucional será submetida a dois turnos de discussão e votação, com interstício de cinco sessões. Será aprovada na Câmara a proposta que obtiver, em ambos os turnos, 3/5 dos votos dos membros da casa, em votação nominal. O Poder Legislativo não pode apreciar emenda à Constituição que proponha a abolição da Federação, do voto direto, secreto, universal e periódico, da separação dos Poderes e dos direitos e garantias individuais.

Fonte: MELO, Osvaldo Ferreira de. Dicionário de Direito Político. RJ. Forense, 1978. 135 P.

EQUIDADE: Distribuição dos bens públicos à sociedade, segundo as necessidades diferenciadas das pessoas ou grupos – um dos pilares básicos do Estado de Bem - Estar Social - deve ser diferenciada de simples igualdade, na qual se contempla simplesmente a divisão, ou rateio, por igual, entre todos. No Direito, há uma frase famosa que define a equidade como tratar desigualdade os desiguais.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais. Programa de Educação a Distancia. Unidade II. Planejamento da atenção a Saúde. Rio de Janeiro/ Brasília, 1998. 191 p.

EQUIDADE: O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social.

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Textos Básicos. Rio de Janeiro. 2001. 342 p.

ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL – WELFARE : STATE Conjunto de políticas que convergem para a inclusão de todo o conjunto da sociedade em determinados padrões de vida caracterizados por acesso amplo aos serviços e benefícios em diversas áreas, independente da situação do indivíduo no mercado de trabalho. *(Este verbete não foi solicitado. Ajuda a entender os verbetes: Seguridade Social, Seguro Social e Sistema de Proteção Social).*

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de Educação à Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. 157p.

ESTADO: Por Estado entende-se um agrupamento de pessoas que vivem num território definido, organizado de tal modo que apenas algumas delas são designadas para controlar, direta ou indiretamente, uma série mais ou menos restrita de atividades desse mesmo grupo, com base em valores reais ou socialmente reconhecidos e, se necessário, na força.

Fonte: Dicionário de ciências Sociais. Fundação Getulio Vargas/ MEC, 1986. 1421 p.

FEDERAÇÃO: Entidade formada pelos elementos federados. Poder central de várias organizações colegiadas com fins comuns. Em direito político, federação é sinônimo de Estado federal, isto é, o Estado em que coexistem vários estados (estados federados) em outro Estado que os compreende (Estado federal).

Fonte: Dicionário de ciências Sociais. Fundação Getulio Vargas/ MEC, 1986. 1421 p.

FEDERALISMO: O federalismo é um sistema baseado na distribuição territorial do poder e autoridade entre as instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal forma que os governos nacional e subnacionais sejam independentes na sua esfera própria de ação. O Federalismo constitui um compromisso peculiar entre difusão e concentração do poder político em virtude de algum modelo compartilhado de nação e de graus socialmente desejados de integração política e de equidade social. O Federalismo caracteriza-se, assim, pela

não centralização, isto é, pela difusão dos poderes de governo entre muitos centros, cuja autoridade não resulta da delegação de um poder central, mas é conferida por sufrágio popular. Os sistemas federais modelam formas variadas e peculiares de relações intergovernamentais. A literatura sobre a temática descreve que as relações intergovernamentais variam muito entre os diversos países que adotaram o Federalismo, bem como ao longo do tempo em um mesmo sistema federal. O processo de redemocratização do Brasil traduz o resgate das bases federativas na direção da descentralização e do fortalecimento da capacidade decisória das instâncias de governo subnacionais, caracterizadas pelo federalismo cooperativo. Segundo a literatura especializada, este tipo de federalismo admite a intervenção do poder federal, mas pressupõe formas de ação conjunta entre as diferentes esferas de governo, as quais guardam, por sua vez, autonomia decisória e capacidade própria de financiamento. Pode-se, ainda, caracterizar o federalismo do tipo dual e centralizado. O federalismo dual é aquele em que o Governo geral e Estado constituem soberanias distintas e separadas. No federalismo centralizado, os governos estaduais e locais constituem agentes administrativos do governo federal, o qual possui alto poder decisório e de recursos.

Fonte: ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. “Federalismo e Políticas Sociais”. In: AFFONSO, R.B.A e SILVA, P.L.B. (orgs.). Federalismo no Brasil: Descentralização e Políticas Sociais. São Paulo. FUNDAP, 1996. p. 13 a 40.

FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA: A definição das funções essenciais em saúde pública (FESP) apóia-se no conceito de saúde pública como uma ação coletiva do Estado e da sociedade civil para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e comunidades. É uma noção que ultrapassa as intervenções de base populacional ou comunitárias e que inclui a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde com qualidade. No ano de 2000, a OPAS (Organização Pan – Americana de Saúde) lançou a iniciativa “A Saúde pública nas Américas”, dirigida à definição e medição das FESP como base para melhorar a prática da saúde pública e para fortalecer a liderança da autoridade sanitária em todos os níveis do Estado.

Fonte: OPAS (<http://www.opas.org.br>)

FUNDOS DE SAÚDE: São contas bancárias especiais onde devem ser depositados todos os recursos destinados ao setor saúde – federais, estaduais e municipais, de doações e de rendimentos – e que, obrigatoriamente, só podem ser utilizados em ações e serviços de saúde. Os Fundos de Saúde devem ser criados por lei municipal e são um instrumento de planejamento e de controle.

Fonte: COSEMS – RJ. Manual do Gestor SUS. Março de 1997. 183 p.

GESTÃO: Administração no sentido latu. Predomina a conotação política (tanto no setor público como em empresas privadas “política institucional”), à diferença do gerenciamento. Geralmente, o termo gestão é vinculado ao gestor superior (por exemplo, o Prefeito ou o presidente de empresa) ou se refere ainda a um determinado período (por exemplo, uma legislatura).

Fonte: <http://www.mpprio.com.br/glossario/gmp-g-1.hum>

GESTÃO EM SAÚDE: Conjunto de medidas adotadas para planejar, organizar, fazer funcionar e avaliar o grande número de elementos inter-relacionados do sistema de saúde. (Este verbete não foi solicitado).

Fonte: Glossário de Terminologia: Iniciativa “ a Saúde Pública nas Américas”.

GOVERNABILIDADE: Grau de consentimento social e legitimidade que um governo possui para exercer o poder e ser obedecido. A governabilidade e a não governabilidade não são fenômenos completos, mas processos em curso, relações complexas entre componentes de um sistema político. Não há dúvida de que, de qualquer ponto de vista que se enfrente a temática, parece claro que os sistemas políticos atuais são bem mais difíceis de governar e de transformar do que os sistemas políticos historicamente já existentes. Por isso, o termo governabilidade denota, efetivamente, um problema novo. A discussão das várias teses até hoje formuladas sugeriu que o problema é de tal dimensão que não pode ser interpretado de maneira reduzida, como uma simples crise de sobrecarga ou crise fiscal do

Estado e tampouco como simples crise dos aparelhos políticos, mas deve ser entendida como uma crise global de transformação da ordem de um sistema social.

Fonte: BOBBIO, N., MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. Dicionário de Política. Ed. Universidade de Brasília, 1983. 1318 p.

FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de educação à Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. 157 p.

GOVERNO: Numa primeira aproximação e com base num dos significados que o termo tem na linguagem política corrente, pode-se definir Governo como o conjunto de pessoas que exercem o poder político e que determinam a orientação política de uma determinada sociedade. É preciso, porém, acrescentar que o poder de Governo, sendo habitualmente institucionalizado, sobretudo na sociedade moderna, está normalmente associado à noção de Estado. Por conseqüência, pela expressão “governantes” se entende o conjunto de pessoas que governam o Estado e pela de “governados”, o grupo de pessoas que estão sujeitas ao poder de Governo na esfera estatal.

Fonte: BOBBIO, N., MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. Dicionário de Política. Ed. Universidade de Brasília, 1983. 1318 p.

GRUPOS DE INTERESSE OU DE PRESSÃO: Um grupo de interesse (ou de pressão) é uma associação organizada que visa a influenciar as políticas ou as ações de governo. Os grupos de interesse se diferenciam dos partidos políticos no fato de que buscam exercer influencia desde fora, mais do que ganhar ou exercer o poder de governo. Além disso, os grupos de interesse tipicamente têm foco estreito; se envolvem com uma causa específica ou os interesses de um grupo particular, e raramente apresentam os traços programáticos ou ideológicos que geralmente se associam aos partidos políticos. Os grupos de interesse se distinguem dos movimentos sociais pelo seu grau maior de organização formal. Todavia, não todos os grupos de interesse têm membros em sentido formal, daí a preferência de alguns comentadores pelo termo mais laxo “interesses organizados”.

Fonte: Definição tomada de HEYWOOD, Andrew. *Políticos*. Londres: Macmillan, 1997, por Eliana Labra. Notas de aula., mimeografado, s/d. 2 p.

HIERARQUIZAÇÃO: Diretriz mediante a qual os serviços de saúde devem organizar-se por níveis de atenção que variam segundo as suas respectivas densidades tecnológicas.

Fonte: MENDES, E. V. 1996. *Uma Agenda para a Saúde*. SP HUCITEC. 300 p.

INTEGRALIDADE: O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Textos Básicos*. Rio de Janeiro. 2001. 342 p.

INTERSETORIALIDADE: Processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais. Desta forma, a palavra setor designa as diversas áreas de atuação de um governo, como saúde, educação, segurança, arrecadação de tributos etc. O sentido é portanto a ação integrada entre os vários componentes do governo.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. *Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de Educação à Distância. Unidade II. Planejamento da Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. 191 p.

Fonte: OPAS, 1992

LEI COMPLEMENTAR: Aquela que adita a Constituição em preceito que não seja auto-aplicável. Os sistemas constitucionais podem ou não reservar em processo

legislativo especial para a votação das leis complementares, as quais, na hierarquia das leis, estão entre a Constituição e as leis ordinárias.

Fonte: MELO, Osvaldo Ferreira de. Dicionário de Direito Político. RJ. Forense, 1978. 135 p.

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS: É a que traça metas e prioridades da Administração Pública, serve de critério para a elaboração da lei orçamentária anual e dispõe sobre modificações nas leis tributárias. É a mais significativa inovação e o melhor meio que a Constituição colocou à disposição do Congresso para que esse participe de forma efetiva e decisiva no processo de planejamento e orçamentação pública, sendo de grande importância no processo de formulação de políticas públicas e de direcionamento dos recursos públicos, colocando a disposição do Poder Executivo para execução da estratégia de ação do plano plurianual e para a fixação, para o próximo exercício financeiro, das metas das ações prioritárias da Administração Pública federal, e do Congresso Nacional, para que este participe de forma efetiva e decisiva no processo de planejamento e orçamentação pública, mas, principalmente, para que exercite sua competência de fiscalização das finanças públicas da União, como controle externo, aperfeiçoando, se possível, não só os critérios para elaboração do orçamento subsequente, mas também aqueles necessários para garantir um bom nível de profundidade e relevância de sua fiscalização da execução da lei de meios.

Fonte: DINIZ, M. Helena. Dicionário Jurídico. SP. Editora Saraiva. 1998. Vol. 3, p. 85 e 86.

LEI ORDINÁRIA: Editada pelo poder Legislativo da União, Estados e Municípios, no campo de suas competências constitucionais, com a sanção do chefe do Executivo.

Fonte: DINIZ, M. Helena. Dicionário Jurídico. SP. Editora Saraiva. 1998. Vol. 3. p. 85 e 86.

LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL: Lei Complementar 101 de 04 de maio de 2000. Esta Lei estabelece normas de finanças públicas voltadas para a

responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição. A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar. As disposições desta Lei Complementar obrigam a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Fonte: Lei Complementar 101 de 04 de maio de 2000.

LOBBY: atividade mediante a qual grupos de interesse mantêm contatos com o Legislativo e Executivo de modo a fazer com que as decisões políticas lhes sejam favoráveis.

Fonte: LABRA, ME. Política, Processo Decisório e Informação. Rio de Janeiro, DAPS/FIOCRUZ, versão para divulgação 03/2002. mimeografado. 11 p.

MEDICINA SOCIAL: Historicamente o conceito de medicina Social apareceu como resposta aos problemas de doenças criados pela industrialização. A Medicina Social baseia-se igualmente nas Ciências Médicas e Sociais. A Antropologia, a Psicologia Social, a Sociologia e a Economia são tão importantes para este campo quanto os vários ramos da Medicina. No conceito de Medicina Social, é fundamental o interesse pelo que, na saúde do homem, tem origem em sua vida comunitária. Tendo em mente este interesse, pode-se distinguir dois aspectos principais na Medicina Social: 1) descritivo e 2) normativo. Como Ciência descritiva, ela investiga as condições sociais e médicas de grupos específicos e estabelece as relações causais que existem entre estas condições; como ciência normativa, estabelece padrões para vários grupos que estão sendo estudados e indica medidas que podem ser tomadas para atenuar as condições existentes e alcançar os padrões que foram determinados. O alcance da medicina social também pode ser delimitado através de três importantes aspectos sociológicos: 1) saúde em relação a

comunidade, 2) saúde como valor social e 3) saúde e política social. O conceito de Grupo Social, ou mais especificamente de Classe Social, é básico para a Medicina Social. Ela diz respeito não ao indivíduo de *per se*, mas ao indivíduo enquanto membro de um grupo, de um certo grupo econômico ou, em sentido mais amplo, enquanto membro de um grupo social. Conseqüentemente, é objetivo da Medicina Social estudar todos os fatores que fazem parte desta condição social de um grupo particular e que afetam o estado de saúde dos membros deste grupo; e, baseado neste conhecimento, propor as medidas de natureza médica, sanitária e social necessárias para melhorar a saúde e para tornar o mais acessível possível ao maior número de pessoas às conquistas da ciência no setor da prevenção e do tratamento da doença.

Fonte: ROSEN, G. Da Policia Médica à Medicina Social. RJ. Graal, 1980. P. 77 a 140.

MODELOS DE ATENÇÃO A SAÚDE: A maneira como são organizadas e combinadas, numa sociedade concreta, as diversas ações de intervenção no processo saúde – doença chama-se modelo de atenção a saúde ou modelo assistencial. Pode-se definir modelo de atenção a saúde (ou assistencial) como forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, de forma a enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes numa coletividade.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de Educação à Distância. Unidade II. Planejamento de Atenção a Saúde. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. 191 p.

NORMAS OPERACIONAIS DO SUS: São portarias do Ministério da Saúde que representam instrumentos de regulação e definem os objetivos e estratégias do processo de descentralização da política de saúde, tratando especialmente da divisão de responsabilidade, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios não previstos nas leis 8080/90 e 8142/90. Ao editar as Normas Operacionais Básicas, o Ministério da Saúde reforça o poder e a função do governo federal na regulamentação da direção nacional do

SUS. Quatro Normas Operacionais Básicas foram editadas nos anos 90 (NOB 91, NOB/92, NOB/93, NOB/96), estando atualmente em vigência a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2002.

Fonte: LECOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos Anos 90: Relações Intergovernamentais e o papel das NOB. Revista Ciência saúde Coletiva. ABRASCO. Vol.6 nº 2. 2001. p. 269 a 291.

PARTICIPAÇÃO POPULAR: É a garantia constitucional que a população, através de suas entidades representativas tem para participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução. É um sistema em que a população e os diferentes agentes influenciam no planejamento, gestão, provisão e avaliação dos sistemas e serviços de saúde e usufrui dos resultados dessa influência. A participação popular garante o controle social sobre o sistema e adequação do mesmo às demandas sociais; permite uma compreensão mais abrangente do próprio usuário no processo saúde – doença; fortalece a democratização do poder com o aumento da influência da população na definição de políticas sociais em geral.

Fonte: BAPTISTA, F.T.W. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde. Notas de aula. 1999. Mimeografado. 16 p.

PER CAPITA: Expressão comum nos cálculos econômicos, que significa “por cabeça” e que normalmente é calculada simplesmente dividindo-se um determinado montante pelo número de pessoas atendidas.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais. Programa de Educação a Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. 157 p.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO: De acordo com a NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS) de 2002, o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca da maior equidade deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de

intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos a abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO é um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Cabe as Secretarias de Estado da saúde e do Distrito Federal a elaboração do PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e o encaminhamento ao Ministério da Saúde. No que se refere à assistência o PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO deverá ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços de saúde.

Fonte: BRASIL. NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE / SUS 01/2002. Brasília. Ministério da Saúde, 2002. 106 p.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO: Parte integrante do Plano de Saúde estadual e tem como função organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. O processo para a aprovação do PDR é baseado no pacto entre os gestores, sendo que a iniciativa do mesmo cabe às secretarias estaduais de saúde.

Fonte: BRASIL/SE. Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumentos de gestão em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. (Série C. Projetos e Relatórios, n. 60). (disponível em www.saude.gov.br/bvs/publicações , acesso em 27/11/2002).

PLANOS DE SAÚDE: Os planos de saúde, segundo a lei 8080/90, devem ser à base das atividades e programação de cada nível de direção do Sistema Único de saúde – SUS e seu financiamento deve estar previsto na respectiva proposta

orçamentária. A elaboração do Plano de saúde em cada esfera do governo representa o processo de planejamento e orçamento do SUS, de forma ascendente, do nível local, até o federal, ouvidos 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.

Fonte: BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080. Brasília, 1990. (disponível em www.saude.gov.br acesso em 27/11/2002).

PLANOS DE SAÚDE: É um instrumento de gestão que consolida, em cada esfera de governo, o processo de planejamento na área da saúde, para um período de quatro anos, compondo a base das atividades e da programação em cada nível de gestão do SUS.

Fonte: BRASIL/SE. Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumento de gestão em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. (Série C. Projetos e Relatórios, n. 60). (disponível em www.saude.gov.br/bvs/publicações , acesso em 27/11/2002).

PODER: O poder é central na esfera pública, embora também seja considerado um ingrediente comum a toda convivência humana, de modo que o tema é bastante polêmico. Para simplificar, pode-se definir de forma descritiva nos seguintes termos: o poder é exercido quando A consegue que B faça algo que B de outra maneira não faria. (A e B podem ser tanto um indivíduo como um grupo). Existem várias formas de entender o poder: a) como tomada de decisão, o que consiste em ações conscientes que visam influenciar o conteúdo das decisões; b) como poder de fixar ou controlar a agenda. É a habilidade de prevenir que sejam tomadas as decisões (são as não decisões); e c) poder como controle do pensamento. Nesse caso é a habilidade para influenciar terceiros modelando seus pensamentos, necessidades e desejos. Seria a doutrinação ideológica ou controle psicológico.

Fonte: LABRA, ME. Política, Processo Decisório e Informação. Rio de Janeiro, DAPS/FIOCRUZ, versão para divulgação 03/2002. mimeografado. 11 p.

PODER EXECUTIVO: Ramo do governo que detém a maior soma das funções administrativas, o que inclui a execução de normas e realização de obras e serviços. O Poder Executivo é constituído por um chefe (Presidente da República; Governador, etc) e pelos órgãos encarregados de aplicar normas e regulamentos, bem como de executar a ação governamental. Em caráter supletivo, o Poder Executivo exerce funções legislativas (elaboração de projetos de lei, regulamentação das leis, promulgação, sanção e veto), bem como funções jurisdicionais, através do processamento e aplicação da chamada justiça administrativa.

Fonte: MELO, Osvaldo Ferreira de. Dicionário de Direito Político. RJ: Forense, 1978. 135 p.

PODER JUDICIÁRIO: A função judiciária consiste no exercício de uma atividade específica e exclusiva do Estado: aplicar a lei aos casos concretos de índole litigiosa e controversa, mediante o mecanismo da interpretação. A essência deste poder está em se constituir como elemento preservador do direito estabelecido.

Fonte: Dicionário de Ciências Sociais. Fundação Getulio Vargas/MEC, 1986. 1421 p.

PODER LEGISLATIVO: Expressa o poder do Estado de fazer leis e reformá-las. O entendimento mais comum deste termo relaciona-se com a participação da sociedade nas tarefas de governo, por meio de seus representantes atuando nas Câmaras, Cortes e Parlamento. A função do Poder Legislativo é produzir políticas governamentais e fiscalizar as ações do executivo.

Fonte: Dicionário de Ciências Sociais. Fundação Getulio Vargas/ MEC, 1986. 1421 p.

POLÍTICA: Política é uma atividade mediante a qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras gerais sob as quais vivem. Assim, a política é inseparável tanto do conflito como da cooperação. Há conflito porque existem valores e opiniões diferentes, necessidades concorrentes e interesses opostos a respeito das regras sob as quais desejaríamos viver. É por isso que o âmago da política é entendido como um processo continuado de resolução de conflitos, no qual visões e interesses

divergentes reconciliam entre si. A política é praticada em todos os contextos e instituições sociais, sejam abertos e democráticos ou despóticos.

Fonte: LABRA, ME. Política, Processo Decisório e Informação. Rio de Janeiro, DAPS/FIOCRUZ, versão para divulgação 03/2002. Mimeografado. 11 p.

POLÍTICAS PÚBLICAS: Conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes tem do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Fontes: BOBBIO, N., MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. Dicionário de Política. Ed. Universidade de Brasília, 1983. 1318 p.

SANDRONI, P. (consultoria). Dicionário de Economia. São Paulo: Editora Best Seller. Série Os Economistas, 1994.

PROCESSO SAÚDE – DOENÇA: O caráter de processo, dado ao binômio saúde-doença, procura captá-lo e apreendê-lo de forma dinâmica, não estática, supondo movimentos de ação e reação, estímulo e resposta, agressão e defesa, como ciclos contínuos que se realizam interna e externamente ao organismo, como interação deste com o meio, sugerindo um estado de equilíbrio instável e permanentemente ajustado. (*Este verbete não foi solicitado, mas ele é importante para compreender a definição de “Modelos de Atenção a Saúde”*)

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais. Programa de Educação a Distância. Unidade II. Planejamento da Atenção à Saúde. Rio de Janeiro/ Brasília, 1998. 191 p.

PRODUTO INTERNO BRUTO – PIB: O PIB de um país é a soma dos valores agregados produzidos pelas empresas e administrações sobre o território nacional, qualquer que seja seu país de origem. Ele integra portanto a atividade das empresas

multinacionais. Ele mede a produção realizada no curso de um ano em território nacional dado (mercadorias e serviços).

Fonte: SIZE, Pierre. Dicionário da Globalização: A Economia de “A” a “Z”. SERGE GOULART (introdução, tradução e adaptação). Obra Jurídica Editora/ Instituto Brasileiro de Estudos de Relações de Trabalho. 1997.

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI): Instrumento de gestão criado pela NOB SUS 96. A pactuação refere-se a negociação entre gestores e a integração, entre instâncias de governo. É um processo de negociação mediante o qual são definidas responsabilidades, objetivos, metas, referências de atendimento, tetos de recursos e outras variáveis conforme a capacidade operacional de cada município.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de Educação à Distância. Unidade III. Gestão operacional de Sistemas e Serviços de saúde. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. 203 p.

PROTEÇÃO SOCIAL OU SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: É definido como o conjunto de políticas públicas de natureza social que responde pelas funções de: prover proteção para todos os membros da comunidade nacional; realizar objetivos não econômicos e diretamente econômicos, como o provimento de renda mínima; prover políticas de sentido redistributivo dos ricos para os pobres. Três modelos de proteção social foram desenhados no diferentes países capitalistas: residual, meritocrático e institucional – redistributivo,. O modelo residual baseia-se na premissa de que existem dois canais para a solução de demandas de sobrevivência: a família e o mercado. As instituições de proteção social atuam apenas temporariamente na eventualidade de falha destas instituições. O modelo meritocrático subordina o sistema de proteção social a uma racionalidade econômica, supondo que os indivíduos devem estar aptos a resolver suas próprias necessidades através de sua relação direta com o mercado, baseados em seu esforço no trabalho, que pode ser medido por meio de sua eficiência e produtividade. Este modelo resulta na participação complementar das políticas governamentais no provimento dos serviços sociais para corrigir as imperfeições do

mercado; dirige benefícios, por exemplo, a pobres e velhos, grupos que reconhecidamente, estariam alijados da possibilidade de disputarem espaço no mercado de trabalho de forma temporária ou permanente. Já o modelo de proteção social institucional – redistributivo é o que mais se aproxima do conceito de cidadania social, dando origem ao Estado de Bem Estar Social (ou Welfare State, como ficou conhecido na literatura especializada). A proteção social preconizada por este modelo é concebida como uma iniciativa de incorporação de todos os membros da comunidade nacional a um padrão de vida considerado adequado para viver em sociedade, provendo serviços e benefícios de modo universal e integral, independente da situação do indivíduo no mercado de trabalho.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde. Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais. Programa de Educação a Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília. 1998. 157 p.

DRAIBE: S. As Políticas Sociais Brasileiras: Diagnósticos e Perspectivas. In: Para a década de 90: Prioridades e perspectivas de Políticas Públicas. IPEA. Distrito Federal, Brasília. 1990. p. 1 a 63.

REDES SOCIAIS: As redes sociais se expressam como um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, mas respeitando o saber e autonomia de cada membro. Com isso, as redes constituem um meio de tornar eficaz a gestão das políticas sociais, otimizando a utilização dos recursos disponíveis.

Fonte: Junqueira, LA.P, 2000.

REFORMA SANITÁRIA: A Reforma Sanitária brasileira foi uma sucessão de movimentos sociais e políticas públicas, ocorridos na década de 80, que culminaram com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a criação do SUS na Constituição Federal de 1988.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de educação à Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. 157 p.

REFORMA SANITÁRIA: Ao final dos anos 70, a Previdência entrou em crise explícita, advinda: da má aplicação dos recursos, do uso dos recursos em obras sem retorno para o caixa, da incorporação tecnológica e aumento dos custos, da assistência baseada predominantemente no hospital e do privilegiamento do setor privado. Somado a isso, estava um quadro social de grande desigualdade, condições de vida insalubres, saneamento precário, etc. O governo militar entrava em profunda crise. A crise possibilitou a expansão dos movimentos sociais e a formulação de propostas que atendessem aqueles excluídos de qualquer sistema de proteção social. Na área da saúde, ganhou destaque ao final dos anos 70 o movimento da reforma sanitária. O movimento da reforma sanitária buscava reverter a lógica da assistência à saúde, com os seguintes princípios: universalizar o direito à saúde, integralizar as ações de cunho preventivo e curativo, desenvolvidas pelos Ministérios da Saúde e da Previdência separadamente, inverter a entrada do paciente no sistema de atenção - ao invés de buscar o hospital quando já estiver doente, buscar a prevenção - do preventivo para o curativo - promover saúde, descentralizar a gestão administrativa e financeira e promover a participação e o controle social. Por outro lado, o movimento denunciava a forma de organização do sistema, a crise, os gastos excessivos, o privilegiamento da clientela e a concentração de renda. Faziam parte do movimento sanitário desde técnicos do setor saúde até acadêmicos, secretários de saúde, simpatizantes da discussão de saúde, associações da sociedade civil, etc.

Fonte: FARIA, T.W. Dilemas e Consensos: A Seguridade Social Brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988. Uma estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Rio de Janeiro, IMS/UERJ. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva). 1997.165p.

REGULAÇÃO: São instrumentos e atividades por meio dos quais o governo coloca exigências sobre as empresas, os cidadãos e sobre si mesmo, visando alcançar os objetivos e metas das políticas públicas. Inclui leis, regulamentos e regras emitidas por todos os níveis de governo e pelos grupos/corporações/organizações aos quais os governos tenham delegado poderes regulatórios.

Fonte: OECD, 2000. OECD Report on Regulatory Reform. (disponível em <http://www.oecd.org>).

REGIONALIZAÇÃO: Entendida como a articulação e mobilização municipal que leva em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, ofertas de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciarem ou estabelecerem qualquer outra relação de caráter cooperativo, tendo em vista a reorganização da rede de serviços de saúde.

Fonte: BRASIL. Ministério de Saúde. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. 1993. 67 p.

RELATÓRIO DE GESTÃO: Constitui requisito para a habilitação na gestão plena do sistema Municipal de saúde. Consiste na prestação de contas do ano anterior tendo em vista os gastos e metas do plano de saúde. Deve passar pela aprovação do Conselho de Saúde. Desta forma, têm como finalidade a sistematização e a divulgação de informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS, funcionando como prestação de contas, uma vez que estabelece correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos.

Fonte: BRASIL/SE. Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumentos de gestão em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. (Série C. Projetos e Relatórios, n. 60). (disponível em www.saude.gov.br/bvs/publicações, acesso em 27/11/2002).

COSEMS – RJ – Manual do gestor: Construindo o SUS no Rio de Janeiro, Abril de 1999.

SEGURIDADE SOCIAL: A Constituição de 1988 consagrou a expressão Seguridade Social, até então oficialmente inexistente, para consignar um padrão de proteção social que se queria abrangente e redistributivo. A Constituição de 1988 identifica a Seguridade Social como o “conjunto integrado de ações de iniciativa do poder público e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e à assistência social (art. 194). Apesar dos regimes distintos aos quais cada uma destas áreas está sujeita (em termos de acesso por parte dos usuários e financiamento dos benefícios, basicamente), as três são consideradas, pela Constituição Federal e por muitos autores, como os componentes fundamentais de uma concepção redistributiva de proteção social. A Seguridade Social de

natureza pública ou estatalmente regulada expandiu-se nos Estados de Bem – Estar consolidados no Ocidente a partir do fim da guerra contra o nazismo. O uso valorativo do conceito ganhou força e popularidade na Europa em estreita ligação com os princípios estabelecidos por Beveridge em 1942, no celebre relatório que orientou a reforma da legislação social Inglesa no imediato pós guerras. Dentro do campo das políticas sociais, o aparato legal e institucional abarcado sob a designação de Seguridade Social distingue-se por incluir benefícios de prestação continuada como aposentadorias e pensões e outros esporádicos – como auxílio – natalidade, auxílio – doença, auxílio – reclusão – todos eles voltados para assegurar a reprodução do trabalhador e de seus dependentes em uma situação de risco, a qual supõe-se que o cidadão não teria condições, ou não deveria enfrentar com suas possibilidades individuais. Diferentemente de outras políticas sociais como a educacional ou a habitacional, a Seguridade distingue-se por agrupar um conjunto de benefícios – em espécie ou monetários – cujas características distintivas tradicionalmente foram associadas à existência de uma norma legal que lhes assegura o exercício como direito, definição de mecanismos financeiros e institucionais de caráter corporativo; a vinculação do benefício a uma situação de risco (velhice, acidente, doença), face a qual existe um pacto de solidariedade previamente estabelecido. Embora não se submeta a uma rigorosa conceituação, já que esta definição mais que teórica é, sobretudo, política, a Seguridade Social, seja em sua origem, seja em seu desenvolvimento posterior, passou a abarcar um conjunto diversificado de políticas sociais, identificadas como políticas de previdência, políticas de atenção à saúde e políticas de assistência social. A Seguridade talvez seja um dos conceitos mais expressivos da dinâmica do capitalismo avançado no século XX.

Fonte: VIANNA, M.L.T.W. A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: Estratégias de Bem – Estar e Políticas Públicas. RJ. IUPERJ/UCAM – REVAN, 1998. Cap. 2. p. 52 a 91.

FLEURY, Sonia. Estado Sem Cidadãos – Seguridade Social na América Latina. Editora Fiocruz.,1994. P. 153 a 174.

SEGURIDADE SOCIAL: Sistema de proteção coletiva característico do Estado de Bem Estar Social, por intermédio do qual os benefícios (Saúde, Educação,

Assistência, etc) são considerados direitos de toda a população, independente de pagamento específico ou seguro. O SUS é um caso típico de Seguridade Social.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de Educação à Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. 157 p.

SEGURO SOCIAL: É um fundo de contribuição (de empregados, empregadores e consumidores) que financia benefícios e serviços. A noção de Seguro Social se antepõe a idéia de Seguridade Social que está diretamente ligada ao exercício pleno da cidadania no plano social. Até final da década de 80, as políticas sociais brasileiras caracterizavam-se por não abranger toda a comunidade nacional como objeto de proteção social e por definir os direitos sociais de forma restrita e vinculada ao sistema previdenciário, sendo considerados como cidadãos os indivíduos pertencentes às categorias ocupacionais (corporações) reconhecidas pelo Estado e que contribuía para a Previdência Social. A extensão da cidadania se fez mediante direitos associados com as profissões, antes que pelo reconhecimento da condição de membro da comunidade nacional. Assim, não bastava ser brasileiro para gozar de direitos de cidadania social (benefícios e serviços), antes era necessário “ter carteira assinada” e contribuir financeiramente para a Previdência Social, mediante uma modalidade de seguro social, o que significa que recebem benefícios somente aqueles que pagam por eles.

Fonte: FIOCRUZ – ENSP/UNB. Gestão em Saúde: Curso de aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais – Programa de educação à Distância. Unidade I. Formulação de Políticas de Saúde. Rio de Janeiro/Brasília, 1998. 157 p.

OLIVEIRA, J. A. de A. e TEIXEIRA, S. M. F. (IM) Previdência Social: 60 anos de historia da previdência no Brasil. RJ. VOZES/ABRASCO. 1989. P. 58 a 148.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: É o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Consiste de um conjunto normativo, institucional e técnico que materializa a grande política de saúde desenhada para o país a partir da Constituição de 1988. O SUS

localiza-se no âmbito das funções executivas do Estado. (Este verbete não foi pedido)

Fonte: BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080. Brasília, 1990. (disponível em www.saude.gov.br acesso em 27/11/2002).

LABRA, ME. Política, Processo Decisório e Informação. Rio de Janeiro, DAPS/FIOCRUZ, versão para divulgação 03/2002. Mimeografado. 11 p.

SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE: O SUDS apresentou-se como estratégia-ponte na construção do SUS no ano de 1987 avançando na política de descentralização da saúde e, principalmente na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor. Deu prosseguimento as estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e possibilitou iniciar a desconcentração do poder do INAMPS na condução da assistência à saúde.

Fonte: FARIA, T.W. Dilemas e Consensos: A Seguridade Social Brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988. Uma estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Rio de Janeiro, IMS/UERJ. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva). 1997.165p.

UNIVERSALIZAÇÃO: Historicamente, quem tinha direito a saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do INPS e depois do INAMPS. Com o SUS, isto mudou: a saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. O SUS foi implementado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio.

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Textos Básicos. Rio de Janeiro. 2001. 342 p.