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

BIREME • OPAS • OMS

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
Julho de 2004

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 Lavinas Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

90 p.

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

CDU
CDD

SUMÁRIO

SOBRE O PROJETO ITD 2

1 DESCRIÇÃO INTRODUTÓRIA AO TEMA 3

2 PERGUNTAS MAIS FREQÜENTES 11

2.1 A Saúde como Política Pública 11

2.2 Gestão Descentralizada da Saúde e Relações Intergovernamentais 23

2.3 Desenvolvimento Social e Promoção da Saúde 31

3 GLOSSÁRIO 52

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

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE[1]

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. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

As políticas públicas em saúde 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 **eqüidade** 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 de 1988, 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.

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, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes.

Assim, no contexto da realidade brasileira, cabe indagar: os cidadãos brasileiros têm acesso às ações e serviços de saúde necessários para a resolução

[1] Texto elaborado por Patrícia T. R. Lucchese com a colaboração de Dayse Aguiar.

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 eqüidade 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 as políticas 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.

No período pós-Constituição, as políticas de saúde no Brasil vêm sendo formuladas no contexto de uma reforma setorial abrangente, que opera mudanças institucionais de grande magnitude, ao tempo em que introduz novos espaços de interlocução permanente entre Estado e sociedade na gestão pública. Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8140 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação das políticas 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 e com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre os distintos níveis de governo – nacional, estadual e municipal, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Nesta perspectiva, foram instituídos as **Conferências de Saúde** e os **Conselhos de Saúde** em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do SUS; a **Comissão Intergestores Tripartite** na direção nacional do Sistema Único de Saúde e as **Comissões Intergestores Bipartites** na direção estadual; e fortaleceram-se os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos estados e municípios – 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 canais de participação dos gestores públicos e da sociedade nas definições das políticas e da ação governamental setorial foram ampliados.

Dentre os grandes desafios que o debate político no campo da saúde vem delineando 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 esferas 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 eqüidade;
- o desafio de construir novas formas de responsabilização dos governantes e cidadãos, dos gestores e dos usuários, no acompanhamento e avaliação do desempenho e dos resultados das políticas setoriais.

Visando contribuir para uma maior compreensão dos processos de formulação, decisão e implementação da política de saúde e do ambiente sócio-político-institucional que contextualiza a ação do Sistema Único de Saúde, são oferecidas neste *site* algumas fontes de informação que abordam a saúde como política pública; a gestão pública setorial em suas relações intergovernamentais e as políticas de saúde como dimensão do desenvolvimento social.

Como iniciativa pioneira e de caráter experimental, esta primeira aproximação a temas relevantes para a gestão pública setorial será aperfeiçoada em novas versões, para o que contamos com sua colaboração, encaminhando críticas e sugestões.

Contexto conceitual das políticas públicas2

(versão sujeita a aperfeiçoamento3)

Estado

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

3 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; ARRETCHE, 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 eqüidade 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 influindo 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 FREQÜENTES

2.1 A Saúde como Política Pública

Tatiana Wargas[1]

2.1.1 Em que consistem as políticas públicas relacionadas à saúde no Brasil?

As políticas públicas de saúde correspondem a todas as ações de governo que regulam e organizam as **funções públicas** do Estado para o ordenamento setorial. Referem-se tanto a atividades governamentais executadas diretamente pelo aparato estatal quanto àquelas relacionadas à regulação de atividades realizadas por agentes econômicos. Configuram uma agenda bastante vasta de temas, que expressam não apenas o leque e a abrangência dos problemas que exigem solução política, mas principalmente os anseios da sociedade e o contexto e os resultados da disputa entre os diferentes atores sociais.

A partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que instituiu a **Seguridade Social** como o padrão de proteção social a ser institucionalizado no país, e, neste âmbito, a saúde como direito de todos e dever do Estado, as políticas de saúde vêm sendo amplamente discutidas e definidas com vistas ao reordenamento setorial necessário ao cumprimento dos preceitos constitucionais.

Vale lembrar, ainda, que a **concepção ampliada de saúde** adotada na Constituição e o entendimento de que a garantia desse direito exige do Estado políticas econômicas e sociais orientadas à redução de riscos de doenças e outros agravos, não apenas ampliam o espectro das políticas públicas relacionadas à saúde como exigem dos formuladores das políticas de saúde a interlocução com outros setores.

Pode-se afirmar que as políticas públicas setoriais e o debate político estão predominantemente referidos, na história recente, ao processo de reconfiguração

---

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.

das atividades governamentais relativas à saúde, particularmente no que se refere à organização, implementação e financiamento do Sistema Único de Saúde e às possibilidades e limites da efetivação dos princípios e diretrizes constitucionais em toda a sua extensão.

2.1.2 Qual a relação das políticas de saúde com a Seguridade Social ?

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 inovou ao organizar a ação do Estado nas áreas de saúde, previdência e assistência social sob a inspiração de um sistema de proteção social internacionalmente reconhecido e associado às políticas de bem-estar e ao objetivo de se buscar maior justiça social.

A concepção de seguridade social está diretamente associada à universalização dos direitos sociais para o exercício pleno da cidadania. Supõe **políticas redistributivas** e baseadas na solidariedade que assegurem ao conjunto da população o acesso a serviços, benefícios e auxílios sociais com os quais necessita contar para o enfrentamento de determinadas situações de risco à sobrevivência (doença, velhice, acidentes, reclusão), sem que para isso seja necessário um pagamento específico ou contribuição financeira prévia a um sistema de seguro social. Assim, requer uma estrutura de financiamento solidária e a ação articulada das áreas de ação governamental que a compõem.

A Assembléia Nacional Constituinte foi bem-sucedida ao aprovar no texto constitucional uma estrutura de financiamento solidária e com maior estabilidade financeira, apoiada na diversificação das receitas (impostos, contribuições sociais) e na socialização das bases de arrecadação (empregador, empresa, trabalhador, segurado da previdência, concursos de prognósticos). Tal estrutura se concretizaria com a criação de orçamento único – o Orçamento da Seguridade Social, (OSS) para o qual seriam destinados todos os recursos que financiariam essas três áreas de ação governamental, assegurada a cada uma a gestão dos seus recursos. A negociação e integração das propostas das três áreas para a partilha dos recursos se daria no âmbito de um Conselho Nacional de Seguridade Social, órgão superior de deliberação colegiada, composto por representantes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e da sociedade civil.

No que diz respeito à área da saúde, a universalização desse direito pela Constituição de 1988 promoveu de fato a ruptura da lógica de **seguro social** que presidia a ação governamental até então, e que resultava, na prática, na garantia de assistência médica especializada e de maior complexidade (ambulatorial e hospitalar) apenas aos trabalhadores do mercado formal de trabalho que contribuíam financeiramente para o sistema de Previdência Social.

Os princípios e as diretrizes estabelecidos para a organização das ações e serviços concorreram para mudanças políticas e institucionais significativas, que vem estruturando desde então um único sistema público, com gestão descentralizada, para o atendimento gratuito a todo e qualquer cidadão, por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada no território nacional, com direção única em cada esfera de governo, sem a exigência de contribuição financeira prévia à previdência social.

No entanto, a não operacionalização do Orçamento da Seguridade Social, o gradual esvaziamento do Conselho Nacional de Seguridade Social até sua extinção em 2001, e o processo desarticulado de regulamentação infraconstitucional, descaracterizaram o projeto de Seguridade Social consagrado na Constituição e, em decorrência, a construção das políticas de previdência, assistência social e saúde se deu de forma isolada, não se estabelecendo na prática a integração pretendida.

2.1.3 Quais são as principais referências legais e normativas setoriais nacionais para os processos de produção e implementação das políticas de saúde?

Toda e qualquer política de saúde deve estar em conformidade com o que dispõem a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/1990 e 8142/90).

A **Constituição de 1988**, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes, bases de financiamento e competências gerais do Sistema Único de Saúde, de uma perspectiva nacional.

A **Lei 8080/90** dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes,

detalhando as seguintes matérias: i) a composição institucional do SUS, seus objetivos e atribuições gerais, princípios e diretrizes, forma de organização, direção e gestão, atribuições comuns e competências específicas de cada esfera político-administrativa da federação brasileira (União, estados e municípios); ii) o funcionamento e participação dos serviços privados de assistência médica; e, iii) o financiamento do sistema, contemplando disposições relativas às receitas necessárias à realização de suas finalidades, à gestão financeira dos recursos, ao planejamento e orçamentação de suas atividades. Além disso, trata de alguns aspectos da política de recursos humanos e de disposições transitórias relativas a patrimônio, hospitais universitários, convênios SUDS, alguns aspectos da relação com o setor privado (gratuidade das ações e serviços, participação no investimento em ciência e tecnologia).

A **Lei 8142/90**, promulgada por força de um amplo processo de pressão e negociação política, complementa a Lei 8080/90 especialmente no que se refere à participação da comunidade na gestão do sistema e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, matérias que foram objeto de vetos presidenciais quando da promulgação da Lei 8080.

Vale destacar que no ano 2000, foi aprovada uma emenda constitucional, a **Emenda Constitucional nº 29**, já incorporada ao texto constitucional, que estabeleceu um patamar para a aplicação de recursos dos orçamentos públicos (União, estados, do Distrito Federal e Municípios), para o financiamento das ações e serviços de saúde.

Em termos normativos, destacam-se as **Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS).** As normas operacionais, editadas em portarias do Ministério da Saúde e publicadas no Diário Oficial da União, se constituíram no instrumento normativo para a operacionalização da diretriz de descentralização das ações e serviços; para a organização da gestão descentralizada do SUS, para a reorganização do modelo de atenção à saúde no país, e por fim, para a orientação do processo de regionalização da assistência à saúde. Correspondem à síntese das negociações e dos pactos firmados entre os gestores dos três níveis de direção do SUS – nacional, estadual e municipal – na **Comissão Intergestores Tripartite**, discutida e aprovada pelo **Conselho Nacional de Saúde**. No período 1991/2002, foram publicadas quatro normas operacionais: a NOB-SUS 01/91, (revisada e reeditada em 92); a NOB-SUS 01/93; a NOB-SUS

01/96; e, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) 01/2001 (revisada e reeditada em 2002).

2.1.4 Quais os objetivos, princípios e diretrizes constitucionais que orientam a formulação e implementação das políticas de saúde?

Os objetivos, princípios e diretrizes constitucionais para a organização da ação governamental em saúde constam do Capítulo II (Da Seguridade Social) do Título VIII (Da Ordem Social) da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

A Constituição estabelece que compete ao poder público organizar sua atuação nas áreas de saúde, previdência e assistência social no âmbito da **Seguridade Social**, com base nos seguintes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; eqüidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração.

No que se refere à saúde, uma rede de ações e serviços regionalizada e hierarquizada no território nacional deve constituir um *sistema único* – o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelos seguintes princípios e diretrizes principais: **universalidade** do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; **integralidade** da assistência; **igualdade na assistência**; **descentralização político-administrativa**, com **direção única** em cada esfera de governo; e **participação da comunidade**.

O texto constitucional estabelece ainda que as ações e os serviços de saúde providos pelo sistema de saúde podem ser executados diretamente por instituições públicas ou, complementarmente, por instituições privadas através de pessoa física ou jurídica de direito privado, conveniadas ou contratadas mediante contrato de direito público, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle.

A operacionalização destes princípios e diretrizes no processo de implantação do Sistema Único de Saúde, particularmente no que diz respeito à implementação da gestão descentralizada das ações e serviços de saúde, vem se realizando por meio de normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de

pactuação entre os gestores da saúde das três esferas de governo e o exame e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde.

Para o detalhamento das disposições legais e regulamentações complementares que orientam a formulação e operacionalização das políticas de saúde, consultar as Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8142, de 28 de dezembro de1990 (Lei Orgânica da Saúde); a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 (Lei Orgânica da Seguridade Social); a Lei Orgânica da Assistência Social (lei 8742/1993); as Normas Operacionais Básicas do SUS 01/93 e 01/96 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 de 27 de fevereiro de 2002.

2.1.5 Como era a ação governamental em saúde antes do Sistema Único de Saúde?

A história das políticas de saúde no Brasil pode ser contada a partir de pelo menos duas trajetórias institucionais distintas: a trajetória institucional do campo da saúde pública e a trajetória institucional do campo da assistência médica. Antes do SUS, o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios e de fundações financiadas com recursos internacionais, desenvolvia quase que exclusivamente, e sem qualquer tipo de discriminação com relação à população beneficiária, ações de promoção e proteção da saúde por meio de atividades educativas e preventivas, típicas do campo da saúde pública, entre as quais destacam-se: campanhas sanitárias para o controle e profilaxia de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, serviços de combate a endemias; saneamento básico; imunizações, alimentação a nutrição, educação para a saúde. No que se refere às ações para recuperação da saúde, o Ministério da Saúde realizava algumas atividades de assistência médica em poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose. Essas ações eram dirigidas àquela parcela da população definida como indigente, não inserida no mercado de trabalho. Essa população contava também com as Santas Casas de Misericórdia e hospitais universitários.

No campo da assistência médica, a atuação do poder público se deu no âmbito das instituições relacionadas à Previdência Social, inicialmente participando apenas na regulamentação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs (organizadas por

empresas); depois participando na regulamentação, na gestão tripartite e, timidamente, no financiamento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs (organizados por categorias profissionais), que substituíram as CAPs; em seguida na gestão do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou institucionalmente os IAPs, uniformizando por cima o direito de todos os segurados a eles filiados, e extendeu a cobertura a todos os trabalhadores com profissão regulamentada e inseridos no mercado formal de trabalho. No interior destas instituições foi se configurando a rede de serviços de atenção à saúde, de complexidade crescente, que formou o sistema assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS criado nos anos 70 como órgão específico para as funções da assistência à saúde no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social, no contexto de criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS). A ação governamental no campo da assistência médica, portanto, foi organizada como direito restrito à parcela da população que contribuía, com parte do seu salário, para o sistema de previdência social.

Em síntese, a história da ação do Estado nesta área social desenvolveu-se a partir de duas trajetórias institucionais principais: a das ações e serviços de saúde pública/saúde coletiva, dirigida à população em geral, sob responsabilidade das esferas subnacionais de governo e do Ministério da Saúde; e as ações de assistência médica ambulatorial e hospitalar, realizadas pela Previdência Social, dirigidas, principalmente, aos trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho urbano. Cada uma com financiamento, administração, lógica e cultura institucional própria.

Este percurso resultou no desenvolvimento de um padrão de intervenção estatal centralizado, fragmentado institucionalmente, e que, segmentando clientelas, produziu grandes disparidades no acesso da população brasileira a ações e serviços públicos de saúde.

2.1.6 Qual o contexto político de formulação da proposta do Sistema Único de Saúde?

A proposta de construção de um único sistema de saúde foi desenvolvida no âmbito de um amplo movimento político pela reforma do setor saúde, identificado como **movimento sanitário.** O movimento sanitário atravessou os anos 70 e 80, formado por uma frente de oposição e crítica ao padrão centralizado, fragmentado e desigual de intervenção estatal no campo sanitário, que reuniu profissionais de saúde com atuação nas áreas de pesquisa, formação de recursos humanos, serviços e formulação de políticas, partidos políticos progressistas, movimentos populares pela saúde, movimento sindical, **movimento municipalista**.

A críticas destacavam o acesso restrito e desigual da população brasileira a ações e serviços públicos de saúde para a resolução de seus problemas; a distribuição irracional e territorialmente concentrada da oferta de ações e serviços públicos de saúde; a ação fragmentada das esferas nacional e subnacionais de governo na gestão dos problemas sanitários; a ação desarticulada das diferentes redes de serviços (básica, especializada e de atendimento hospitalar); o desperdício de recursos financeiros; o planejamento e a gestão pública centralizados – frutos da trajetória fragmentada da política de saúde brasileira e da centralização da ação governamental no regime autoritário.

A idéia de criação de um sistema único de saúde, assim denominado, foi sendo construída por este amplo movimento político, com o propósito de reorganizar a ação do Estado no território nacional, visando assegurar o acesso universal e igualitário da população a um cuidado integral a sua saúde, sem qualquer discriminação e independentemente da oferta de serviços disponível em seu lugar de moradia, por meio de uma rede *nacional* de ações e serviços descentralizada, hierarquizada e regionalizada, com gestão política também descentralizada e participativa, capaz de dar maior resolutividade, eficácia e qualidade à atenção à saúde de toda a população brasileira. Esta rede seria regida pelos mesmos princípios e diretrizes e seria integrada pelo conjunto de todas as ações e serviços públicos prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Isto é, os postos de saúde municipais, os centros de saúde estaduais, os

postos de assistência médica do INAMPS, os hospitais federais, estaduais e municipais, os hospitais universitários seriam integrados em um único sistema, com unicidade conceitual e operativa, cuja direção seria única em cada esfera de governo: do Ministério da Saúde, no governo federal; das secretarias estaduais de saúde ou órgão equivalente, nos governos estaduais; e, das secretarias municipais de saúde ou órgão equivalente, nos governos municipais.

A repercussão deste movimento nas políticas públicas já se fez sentir durante a década de 80, no contexto de redemocratização do Estado brasileiro. Foram várias as políticas definidas para o setor da saúde que avançaram o projeto do movimento sanitário, dentre as quais destacamos duas de grande relevância para a estruturação do SUS: 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 decisivo para a formulação do SUS foi a realização, com ampla participação social, da **VIII Conferência Nacional de Saúde**, em 1986, cujas contribuições e relatório final constituíram subsídios fundamentais para a discussão da Assembléia Nacional Constituinte (1987/88), que elaborou e aprovou a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

As propostas do movimento sanitário foram amplamente veiculadas pelo **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES** (1976), por meio da revista *Saúde em Debate*, de livros publicados e de seu quadro de associados, e pelas atividades e quadro de associados da **Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO** (1979).

2.1.7 Quais são os campos de atuação do Sistema Único de Saúde?

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a legislação infraconstitucional (Lei 8.080/1990) estabeleceram uma concepção ampliada de direito à saúde, afirmando-o como **direito humano fundamental**. O artigo 2º da Lei 8.080, lista como fatores determinantes e condicionantes da saúde 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, concluindo que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país. Portanto, a

garantia desse direito exige do Estado a reformulação e execução de políticas econômicas e sociais voltadas à redução de riscos de doenças e de outros agravos. Esta concepção torna bastante complexa a compreensão das fronteiras setoriais e extra-setoriais da ação governamental em saúde.

Os grandes *objetivos* e os *campos de atuação* do Sistema Único de Saúde estão apresentados nos artigos 5º e 6º da Lei 8.080/90. São objetivos do SUS: *identificar e divulgar* os fatores condicionantes e determinantes da saúde; *formular a 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; e, *assistir às pessoas* por intermédio das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Com estes objetivos, o SUS deve atuar por meio da formulação de políticas e da execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ambiental, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica), vigilância nutricional, orientação alimentar e saneamento, e as relativas a política de sangue e hemoderivados. Além disso, deve incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico e ordenar e formar recursos humanos na área.

Ao SUS também compete expedir princípios éticos, normas e condições de funcionamento para os serviços privados de assistência médica no país e realizar convênios ou estabelecer contratos de direito público quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial em determinada área.

Por fim, integram o campo de atuação do SUS, atividades de articulação de políticas e programas de interesse para a saúde no âmbito de Comissões Intersetoriais de âmbito nacional, criadas com esta finalidade e subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, bem como atividades voltadas à integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Para detalhamento das atividades governamentais de execução e regulação do setor saúde, visitar o portal do Ministério da Saúde (http://portal.saude.gov.br/saúde) e os *sites* da Fundação Nacional de Saúde (http://www.funasa.gov.br), da Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (http://www.anvisa.gov.br) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (http://www.ans.gov.br).

Para o detalhamento das competências das secretarias e departamentos do Ministério da saúde na gestão setorial ver o Organograma e a Estrutura Regimental Básica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto nº 4.726 de 09/06/2003, disponíveis no *link* "Institucional" do portal do Ministério da Saúde.

2.1.8 Como a sociedade pode participar da gestão do Sistema Único de Saúde?

A Lei 8142/1990 instituiu duas "instâncias colegiadas" para a "participação da comunidade" na gestão do SUS em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Dessas instâncias, participam os seguintes segmentos da sociedade: usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços, profissionais de saúde e governo. Esta lei assegura aos usuários representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos tanto nas Conferências como nos Conselhos.

As **Conferências de Saúde** (municipais, estaduais e nacional) convocadas pelo Poder Executivo, ou extraordinariamente pelos Conselhos de Saúde, devem ser realizadas a cada quatro anos com a representação destes segmentos sociais, para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas de governo correspondentes. Antecedendo a realização de cada Conferência Nacional de Saúde há uma etapa de Conferências municipais e uma etapa de Conferências estaduais, nas quais são escolhidos os delegados de cada estado na etapa nacional. Os delegados das Conferências de Saúde são eleitos a partir de regras estabelecidas em regimento discutido nos respectivos Conselhos de Saúde. Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e das Leis 8080 e 8142/90, já foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde, que correspondem às 9ª (1992), 10ª (1996), 11ª (2000) e 12ª (2003), na história de conferências nacionais de saúde no país.

Os **Conselhos de Saúde**, cujo caráter permanente e deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (inclusive nos aspectos econômicos e financeiros) é assegurado na Lei 8142, tem sua organização e suas normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelos próprios

conselhos, respeitadas as disposições legais estabelecidas, como, por exemplo, a de garantir a representação paritária dos usuários já mencionada. O regimento é discutido e aprovado em plenária e regulamentado pelo órgão executivo ao qual está vinculado (o Ministério da Saúde, as Secretarias Estadual ou Municipal de Saúde).

A organização e as normas de funcionamento do **Conselho Nacional de Saúde** servem de parâmetro para a organização e funcionamento dos conselhos estaduais e municipais. As disposições sobre suas competências, composição, periodicidade das reuniões, funcionamento das sessões plenárias e formalização de suas deliberações foram regulamentadas por meio do Decreto nº 99.438, de 07 de agosto de 1990, antes mesmo da promulgação das Leis 8080 (19 de setembro de 1990) e 8142 (28 de dezembro de 1990). O regimento e informações sobre a composição do plenário, os temas centrais da agenda, os resultados do trabalho das comissões intersetoriais permanentes, as deliberações do Conselho (resoluções), o conteúdo das reuniões (atas), os meios de contactar os conselheiros, entre outras, estão disponíveis no *site* do Conselho Nacional de Saúde (http://conselho.saude.gov.br).

Para informações mais precisas sobre órgãos e entidades representativos dos diferentes segmentos, processos de eleição de representantes, regras de funcionamento, resoluções e outras informações de interesse relativas aos conselhos estaduais e municipais, é preciso buscar as informações em cada conselho. Algumas secretarias estaduais e municipais de saúde disponibilizam estas informações em seus *sites*, como, por exemplo, as secretaria de saúde dos governos dos estados do Rio Grande do Sul e de São Paulo (www.saude.rs.gov.br e www.saude.sp.gov.br) e as secretarias de saúde dos municípios de Crateús e Sobral no estado do Ceará (www.ssmcrateus.ce.gov.br/cms.htm e www.sobral.ce.gov.br/sec/saude).

A composição dos Conselhos pode sofrer modificações a cada novo mandato governamental. Portanto, para se manter atualizado é preciso visitar 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, como por exemplo, as regras sobre a composição, o funcionamento e a estrutura de trabalho.

2.2 Gestão Descentralizada da Saúde e Relações Intergovernamentais

Luciana Dias de Lima*

2.2.1 Qual a formação, os fundamentos e os objetivos da República Federativa do Brasil?

Conforme os princípios fundamentais da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (artigos 1º a 4º), a federação brasileira é formada pela união indissolúvel de seus 26 Estados, de seus mais de 5.500 Municípios e do Distrito Federal, todos com autoridade política soberana e independente dos demais.

A República Federativa do Brasil constitui-se em Estado democrático de direito, tendo como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político. Seus objetivos fundamentais estão assim estabelecidos no artigo 3º da Constituição: *"(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. 3º, Constituição Federal, 1988).

A organização político-administrativa da República Federativa estrutura-se em três níveis de governo: federal, correspondente ao governo da União; estadual, correspondente aos governos dos estados, e municipal, correspondente aos governos municipais. O Distrito Federal, como capital da República, com uma situação particular. Os governos estaduais organizam-se e regem-se pelas Constituições e leis que adotarem, observados os princípios da Constituição federal. Os governos municipais organizam-se e regem-se por uma lei orgânica aprovada em suas respectivas Câmaras Municipais, observados os princípios da Constituição federal e das constituições de seus respectivos estados. O governo do Distrito Federal, tal como nos municípios rege-se por lei orgânica, porém tem competências legislativas reservadas aos estados e aos municípios.

* 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.

2.2.2 Quais as atribuições comuns e competências específicas de cada nível de governo na gestão do Sistema Único de Saúde?

As atribuições comuns e competências específicas de cada nível de governo na organização e gestão do SUS ou, nos termos adotados pela legislação, na direção do Sistema Único de Saúde, em seu âmbito administrativo, estão definidas no texto da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Tomando-se como referência o artigo 15º da referida lei, pode-se afirmar que as responsabilidades comuns aos três níveis de governo são aquelas relacionadas às funções públicas governamentais de planejamento, regulação, financiamento e prestação de serviços. Segundo o texto legal, aos três níveis de governo cabe exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: (i) organização e administração de sistemas de informação; (ii) elaboração de normas técnicas, padrões de qualidade e parâmetros de custos para a realização da assistência; (iii) organização e implementação de mecanismos e procedimentos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; (iv) colaboração na formulação, e em alguns casos, na implementação, de políticas de outros setores governamentais (meio ambiente e saneamento); (v) ordenamento dos recursos humanos; (vi) gestão orçamentária e financeira de recursos; (vii) regulação das atividades dos serviços privados de saúde; (viii) desenvolvimento científico e tecnológico; entre outras.

Quanto às competências específicas, tomando-se como referência os artigos 16º a 19º da mesma lei, pode-se caracterizar da seguinte forma as responsabilidades de cada nível de governo na gestão do SUS:

(i) Ao Ministério da Saúde, como direção nacional do SUS, correspondem ações de caráter predominantemente regulatório, relativas à operação do sistema de saúde no território nacional, e de cooperação técnica e financeira às esferas subnacionais de governo para o aperfeiçoamento de sua atuação institucional. Compete ao Ministério da Saúde o desenvolvimento de atividades estratégicas e de abrangência nacional relacionadas ao planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria das ações e serviços do SUS e à implementação da diretriz constitucional de descentralização, entre as quais destacam-se: o estabelecimento de parâmetros assistenciais de cobertura e de critérios e valores para remuneração de serviços (sujeitos à aprovação do Conselho Nacional de Saúde); a identificação de serviços estaduais e municipais de referência

nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; a definição e coordenação nacional de três “sub-sistemas” que integram a rede assistencial - de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, e de sangue e hemoderivados; e, a regulação do setor privado, por meio da elaboração de normas para a prestação dos serviços assistenciais contratados pelo SUS. A competência de promover a descentralização das ações e serviços de abrangência estadual e municipal para as unidades federadas (estados e municípios), não é detalhada.

(ii) Às Secretarias de Estado ou órgão equivalente, como direção estadual do SUS, correspondem ações de coordenação sistêmica, de promoção da descentralização das ações e serviços e de cooperação técnica e financeira a municípios. Compete às Secretarias Estaduais a gerência de sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; e a coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e de hemocentros, podendo o estado gerenciar as unidades que permaneçam em sua organização administrativa. Quanto a atividades de acompanhamento, controle e avaliação, ao estado cabe a responsabilidade sobre as redes hierarquizadas do SUS, com atuação suplementar no que diz respeito às ações e serviços em geral. Não há referência a competências específicas do gestor estadual no que diz respeito ao planejamento, controle, avaliação, gestão e execução direta de ações e serviços de saúde, a não ser em caráter suplementar. Também em relação aos serviços privados contratados pelo SUS, não há menção a qualquer competência específica do gestor estadual, seja na normatização, na contratação, no controle ou na avaliação.

2.2.3 Quais os compromissos e responsabilidades da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no financiamento compartilhado das ações e serviços públicos de saúde?

A partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 29/00 (EC-29), em setembro do ano 2000, os compromissos orçamentários da União, dos Estados, do Distrito

Federal e dos Municípios com o financiamento do Sistema Único de Saúde, ficaram mais bem estabelecidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

No entanto, a regulamentação de aspectos cruciais para sua efetiva responsabilização na redução de desigualdades regionais, na garantia da universalidade e integralidade da atenção, e no controle e avaliação das despesas realizadas aguarda lei complementar.

A Emenda estabeleceu no texto constitucional a vinculação de receitas dos entes federativos para gastos setoriais, estipulando um patamar mínimo de recursos para a aplicação em ações e serviços públicos de saúde, anualmente, a ser definido em lei complementar.

Enquanto a lei complementar não é aprovada, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a Emenda assim determinou os recursos mínimos que devem ser aplicados pelas distintas esferas político-administrativas de governo no período 2000/2004. Para a União, no ano 2000, determinou 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.

No que diz respeito aos estados, Distrito Federal e Municípios, a EC-29 estabeleceu, para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no ano 2000, a aplicação de no mínimo 7% de suas receitas de impostos e de transferências recebidas, deduzindo-se, para o cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências realizadas para os municípios. Nos quatro anos seguintes, este percentual deve atingir 12% nos estados e Distrito Federal e de 15% nos municípios.

Como regra geral, a EC-29 determinou que as unidades da federação que destinavam percentuais acima de 7% e inferiores a 12%, no caso dos estados e do Distrito Federal, e 15%, no caso dos municípios, devem elevá-los gradualmente até o quinto ano após a sua aprovação, reduzindo-se essa diferença à razão de, pelo menos, um quinto ao ano. O gradualismo contemplado na emenda para o alcance desses percentuais teve por objetivo evitar pressões iniciais sobre as finanças dessas esferas, propiciando-lhes um ajustamento gradativo para o cumprimento dessa nova exigência constitucional.

A emenda prevê, ainda, que pelo menos 15% dos recursos da União destinados às ações e serviços públicos, conforme apuração determinada, devem ser aplicados nos municípios, segundo critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde.

Dentre os aspectos que aguardam lei complementar e acrescentam aos compromissos orçamentários responsabilidades mais qualitativas do financiamento setorial, destacam-se: os critérios para o rateio dos recursos da União vinculados à saúde entre os estados, Distrito Federal e Municípios, e dos Estados entre seus respectivos Municípios; as normas de fiscalização, avaliação e controle das

despesas com saúde; e esclarecimentos quanto à abrangência do termo “ações e serviços públicos de saúde”.

A implementação dos dispositivos constitucionais introduzidos pela EC-29 gerou amplos debates no âmbito (1) de 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 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; e (2) dos três seminários promovidos pelo Ministério da Saúde sobre a “Operacionalização da Emenda Constitucional 29”, realizados em setembro e dezembro de 2001, e setembro de 2002, 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 , do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

Um dos frutos deste debate é a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 316, de 4 de abril de 2002 que estabelece diretrizes para a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 na lei complementar prevista no texto constitucional. Tais diretrizes abordam as seguintes matérias: base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde; despesas com ações e serviços públicos de saúde para efeito de aplicação da emenda; instrumentos de acompanhamento, avaliação e controle.
.

2.2.4 Qual o principal instrumento de regulação das relações intergovernamentais na implementação da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde?

Pode-se afirmar que as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS), instituídas pela direção nacional do SUS para disciplinar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, pelo elevado volume de recursos financeiros que mobilizam e pela intensidade do debate que suscitam entre os gestores setoriais dos três níveis de governo durante sua formulação e implementação, constituem importante instrumento de regulação das relações intergovernamentais na organização da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde e na reorganização do modelo da atenção à saúde no território nacional. Estas normas são editadas em portarias do Ministério da Saúde e publicadas no Diário Oficial da União.

As NOB-SUS contemplam as seguintes matérias afetas às relações entre os níveis de governo e unidades da federação na operação do Sistema Único de Saúde: (i) divisão de responsabilidades na garantia da oferta de ações e serviços à população, nos diferentes níveis de complexidade; (ii) prerrogativas gerenciais e financeiras na reorganização e condução da rede local de ações e serviços; e, (iii) definição e

gestão dos recursos financeiros federais a serem transferidos para o financiamento das ações e serviços descentralizados. Assim, entre outros itens, regulamentam:

- atribuições específicas dos governos federal, estaduais e municipais no planejamento e programação da atenção à saúde, e no pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria de ações e serviços realizados pelos prestadores públicos e privados credenciados ao SUS;
- modalidades e critérios para o financiamento da ações e serviços sob gestão descentralizada e para a indução de mudanças no modelo de atenção;
- condições e requisitos técnico-operacionais exigidos dos governos estaduais e municipais para o recebimento das transferências financeiras federais previstas.

As Normas Operacionais instituíram um padrão de relacionamento entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no financiamento e coordenação intergovernamentais das ações descentralizadas, segundo o qual governos estaduais e municipais, de acordo com sua vontade e capacidade, se habilitam ao recebimento de recursos financeiros federais para o exercício de funções mais ou menos complexas na gestão do Sistema Único de Saúde em seu âmbito político-administrativo. Para tanto, devem comprovar condições políticas, técnicas, operacionais e financeiras, por meio do cumprimento de requisitos específicos estabelecidos.

Todo o processo de formulação das normas, de habilitação de estados e municípios, e de acompanhamento e monitoramento de sua implementação, nos três níveis de governo, articula as duas principais arenas políticas do SUS de negociação e de deliberação sobre as políticas de saúde, respectivamente: as comissões intergestores e os conselhos de saúde.

A dinâmica intergovernamental que se estabeleceu no âmbito da formulação e implementação das NOB-SUS, pode ser assim sintetizada: (1) forte indução do Ministério da Saúde, por meio de regras gerais e incentivos financeiros, subordinada ao debate e negociação entre os gestores públicos setoriais dos três níveis de **governo** (secretários estaduais e secretários municipais de saúde) nas comissões intergestores; e (2) adesão dos governos estaduais e municipais baseada em critérios nacionais e condicionada à avaliação e aprovação das comissões integestores.

2.2.5 O que representam as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite?

Desde que foram instituídas, no início dos anos 90, como foros privilegiados para a negociação e decisão dos aspectos operacionais relativos à descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde, as

comissões intergestores, Tripartite, na direção nacional e Bipartite, na direção estadual, vem se constituindo em importantes arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde. Todas as iniciativas intergovernamentais de planejamento integrado e programação pactuada na gestão descentralizada do SUS, estão apoiadas no funcionamento dessas comissões.

As comissões intergestores são compostas por representantes governamentais de diferentes níveis de governo. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), atuante na direção nacional do sistema, foi criada pela Portaria Ministerial nº 1.180, de 22 de julho de 1991. Teve atuação assistemática até 1993, passando a se reunir quinzenalmente durante a implementação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/93 (NOB SUS 01/93). A partir de 1995, reúne-se mensalmente. É integrada por 15 membros, com composição paritária de representantes do Ministério da Saúde (5); de representantes dos secretários estaduais de saúde (5) indicados pelo seu órgão de representação, o **Conselho Nacional de Secretários de Saúde** (CONASS); e, de representantes dos secretários municipais de saúde (5), indicados pelo **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde** (CONASEMS). A representação dos estados e municípios nesta comissão é regional, ou seja, um representante de cada região do país.

As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), atuantes no nível estadual, foram formalmente criadas pela 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 por representantes dos Secretários Municipais de Saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios daquele estado, em geral denominados Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). As reuniões apresentam, em geral, periodicidade mensal, mas em muitos estados há muitas reuniões extraordinárias.

As comissões intergestores apresentam-se como um grande palco para a exposição dos conflitos intergovernamentais na saúde, alguns dos quais relacionados à própria definição das matérias em seu âmbito de decisão *versus* o que seria tema de decisão direta pelo gestor federal/estadual. Outros embates dizem respeito ao papel de cada nível de governo no SUS e à repartição de novos recursos federais.

Assim como na CIT, o processo decisório nas CIBs se dá por consenso, visando estimular o debate e a negociação entre as partes, em lugar de se acionar o mecanismo de votação. As reuniões em geral são abertas à participação de todos os secretários de saúde e das equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão sobre os pactos firmados 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 aspecto importante para o funcionamento e representatividade das CIB diz respeito aos 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 ao debate na CIB. Na maior parte dos estados, os secretários municipais debatem entre si temas estratégicos 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 aos gestores que não têm assento na CIB sua atualização sobre os temas relevantes da política de saúde no âmbito estadual. Os meios de comunicação mais comuns são: a realização de assembléias 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 na perspectiva de concretização de 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.

2.2 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 únicamente 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 **intersetorialidade** 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 Comunity, New York: Mac Graw-Hill

Lalonde, M (1974) A New Perspective on the Health of Canadians, Otawa: 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.worlbank.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 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, Lizt 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 Duhl, 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 (Otawa,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 multidisplinaridade 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 andits 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, Lizt 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 intersetorialidade* (CONASEMS, 1998) .

Referências bibliográficas:

Brasil. Ministério da Saúde (2001), PNUD. Promoção da Saúde: Carta de Otawa, 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 intersetoriais 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 *munic_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 ao 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 Intersetorialidade 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.conassems.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 socais 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 Bruntland, 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 a 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 intersetorialidade 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 Administraçãi 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 Partcipativo: 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 *cidades saudáveis,* implica novas coalizões e práticas gerenciais capazes de estimular trocas substantivas entre os profissionais de saúde, organizações não-governamentais, asssociações 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 saude 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 Lavinas Monerat*

ACCOUNTABILITY: O conceito anglo-saxão de accountability resume a obrigação dos gestores públicos e técnicos responsáveis pela formulação e implementação de políticas publicas 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 SAUDE – 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

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 re refere a 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 Otawa – 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 Otawa 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 Otawa 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 centrifugas 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 conseqüência, também dos municípios que deles são células político - administrativas. O processo inverso, ocasionado pela prevalência das forças centrifugas, 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 freqüência 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 principio do comando único está relacionado ao processo de descentralização das ações de saúde para os entes da federação que vem ocorrendo desde o inicio dos nos 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 noiveis 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 19991.

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 OPERANCIONAL 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.saúde.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 Conferencia 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 saciedade organizada na administração e gestão do sistema de saúde, propiciando o controle social desse sistema.

Fonte: BRASIL. Lei Complementar da Saúde n. 8142. Brasília, 19990. (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 maioridade, 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 licito 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 iniqüidade 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 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.

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 – WALFARE 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 carateriza-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. Polítics. 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 tributarias. 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 publicas 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 subseqüente, 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 individuo 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 Distancia. 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 Republica; 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 influindo 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 Distancia. 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 atuariam 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 param 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). A despeito dos regimes distintos aos quais cada uma destas áreas está sujeita (em temos 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, auxilio – doença, auxilio – 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 especifico 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 contribuíam 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.