

GLOSSÁRIO

DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE

Carmen Teixeira
Paloma Silveira
(Organizadoras)



GLOSSÁRIO

DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor
JOÃO CARLOS SALLES PIRES DA SILVA

Vice-Reitor
PAULO CÉSAR MIGUEZ DE OLIVEIRA

Assessor do Reitor
Paulo Costa Lima



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora
FLÁVIA GOULART MOTA GARCIA ROSA

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes
Angelo Szaniecki Perret Serpa
Caiuby Alves da Costa
Charbel Niño El Hani
Cleise Furtado Mendes
Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti
Evelina de Carvalho Sá Hoisel
José Teixeira Cavalcante Filho
Maria Vidal de Negreiros Camargo

Carmen Teixeira
Paloma Silveira
(Organizadoras)

GLOSSÁRIO

DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE

Salvador
EDUFBA
2017

2017, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Projeto gráfico e editoração

J. Nascimento

Capa

Ana Claudia Alves Santos Sousa

Revisão

Lia Simões Nery

Normalização

Francimar Dias Pereira de Carvalho

Ficha Catalográfica: Sistema de Bibliotecas – UFBA

G563 Glossário de análise política em Saúde. Carmen Teixeira e Paloma Silveira; organizadoras. Salvador: Edufba, 2016.

ISBN 978-85-232-1583-5

222 p.

Inclui referências

1. Serviços de Saúde x terminologia. 2. Política em Saúde x terminologia. 3. Gestão e avaliação em saúde x terminologia. 4. Planejamento em saúde x terminologia. 5. Conhecimento científico x terminologia. I. Teixeira, Carmen (org.). II. Silveira, Paloma (org). III. O APS. IV. CNPQ. V. ISC. VI. Título.

614.39(030)

Editora filiada à



EDUFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n, Campus de Ondina, 40170-115 Salvador-Ba Brasil

Tel/fax: (71)3283-6160/3283-6164

www.edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

Sumário

Apresentação **15**

Verbetes

A

| | |
|--|-----------|
| Aborto | 21 |
| Ação Intersetorial | 22 |
| Ação Judicial e Decisão Judicial | 22 |
| Ação Legal e/ou Ação Pública em defesa e proteção das pessoas e de seus direitos em saúde | 23 |
| Acessibilidade | 23 |
| Acesso a medicamento | 23 |
| Acesso aos serviços de saúde | 24 |
| Administração de pessoal | 25 |
| Administração pública | 25 |
| Administração pública direta e indireta | 27 |
| Agenda | 27 |
| Agenda de saúde | 28 |
| Agente comunitário de saúde (ACS) | 28 |
| Alianças | 28 |
| Alocação de recursos | 29 |
| Análise da situação de saúde | 30 |
| Análise de efetividade | 30 |
| Análise de implantação | 30 |
| Análise de proposições políticas | 31 |
| Análise de viabilidade (1) | 31 |
| Análise de viabilidade (2) | 32 |
| Análise de viabilidade (3) | 33 |
| Análise de viabilidade (4) | 33 |
| Análise do grau de implantação | 33 |
| Análise econômica | 33 |
| Análise política em saúde | 34 |
| Árvore de problemas | 35 |
| Assistência de média e alta complexidade | 35 |
| Assistência farmacêutica | 35 |
| Assistência médica suplementar | 36 |
| Atenção ambulatorial de primeiro nível | 36 |

| | |
|---|----|
| Atenção básica (1) | 37 |
| Atenção básica (2) | 37 |
| Atenção domiciliar | 38 |
| Atenção de média complexidade | 38 |
| Atenção farmacêutica | 39 |
| Atenção hospitalar | 40 |
| Atenção pré-natal | 41 |
| Atenção primária à saúde (1) | 42 |
| Atenção primária à saúde (2) | 43 |
| Atenção primária abrangente de Alma Ata | 44 |
| Atenção primária (ênfase em saúde e direitos humanos) | 45 |
| Atenção primária seletiva (<i>Selective primary care</i>) | 45 |
| Atores políticos | 45 |
| Auditoria em saúde | 46 |
| Autarquias | 46 |
| Avaliabilidade | 47 |
| Avaliação das tecnologias em saúde | 47 |
| Avaliação de cobertura | 48 |
| Avaliação de impacto | 48 |
| Avaliação de políticas de saúde | 48 |
| Avaliação de qualidade dos serviços de saúde | 49 |
| Avaliação dos riscos de saúde | 49 |
| Avaliação econômica | 49 |
| Avaliação em saúde (1) | 50 |
| Avaliação em saúde (2) | 50 |
| Avaliação normativa | 51 |
| Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS) | 51 |
| B | |
| Banco de dados | 53 |
| Barreiras de acesso | 53 |
| Blocos de financiamento | 53 |
| C | |
| Capacidade institucional | 55 |
| Capital estrangeiro na saúde | 55 |
| Cenário | 55 |
| Ciclo das políticas | 56 |
| Cobertura da atenção primária à saúde | 56 |
| Cobertura universal de saúde | 57 |
| Comissão Intergestores | 57 |

| | |
|---|-----------|
| Comissão Intergestora Bipartite (CIB) | 58 |
| Comissão Intergestora Regional (CIR) | 58 |
| Comissão Intergestora Tripartite (CIT) | 59 |
| Comitês Técnicos | 59 |
| Comitês Técnicos de Equidade em Saúde | 59 |
| Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde | 59 |
| Comunidades terapêuticas | 60 |
| Condições de saúde da população | 60 |
| Condições do trabalho | 60 |
| Condições sensíveis à atenção primária | 60 |
| Conferências de saúde | 61 |
| Congresso Nacional | 61 |
| Conjuntura política | 61 |
| Conselhos de Saúde | 62 |
| Consórcios públicos | 63 |
| Constituição | 63 |
| Continuidade do cuidado | 64 |
| Contrato organizativo da ação pública da saúde (COAPS) | 64 |
| Controle de qualidade de processos e produtos de saúde | 65 |
| Controle social (1) | 65 |
| Controle social (2) | 66 |
| Cooperação internacional | 66 |
| Cooperação técnica/assessoria/apoio | 67 |
| Coordenação do cuidado (1) | 67 |
| Coordenação do cuidado (2) | 69 |
| Coordenação do cuidado (3) | 69 |
| Critérios, indicadores e padrões | 70 |
| Cuidado integral à saúde | 70 |
| Cuidados de saúde | 70 |
| Cultura e práticas saudáveis de saúde | 71 |
| Cultura organizacional | 71 |

D

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Definição dos objetivos | 73 |
| Demanda espontânea | 73 |
| Demanda por serviços de saúde | 73 |
| Demanda programada | 73 |
| Descentralização | 74 |
| Descriminalização de drogas | 74 |
| Desenvolvimento organizacional | 74 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Desigualdades em saúde | 75 |
| Determinantes de saúde | 75 |
| Determinantes sociais de saúde | 75 |
| Direito à saúde | 76 |
| Direitos humanos (1) | 76 |
| Direitos humanos (2) | 77 |
| Direitos reprodutivos | 78 |
| Direitos sociais | 78 |

E

| | |
|---|-----------|
| Educação continuada | 81 |
| Educação permanente | 81 |
| Efetividade | 82 |
| Eficácia | 82 |
| Eficiência | 83 |
| Emergências de saúde pública | 83 |
| Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) | 83 |
| Enfoque sistêmico | 84 |
| Entidades privadas sem fins lucrativos qualificadas pelo poder público | 84 |
| Equidade | 85 |
| Estado | 85 |
| Estado de bem-estar social (Welfare State) | 86 |
| Estado Social | 86 |
| Estilos de vida | 87 |
| Estratégia | 87 |
| Estratégia Saúde da Família | 88 |
| Estrutura | 88 |
| Estrutura organizacional | 88 |
| Equipes de Saúde da Família (ESF) | 89 |

F

| | |
|---|-----------|
| Feminismo | 91 |
| Financiamento do SUS | 91 |
| Fluxograma situacional | 92 |
| Força de trabalho em saúde | 92 |
| Formação de consensos | 92 |
| Formulação da política | 93 |
| Formulação de políticas de saúde | 93 |
| Fóruns de opinião pública | 93 |
| Fundação | 94 |

| | |
|--|-----------|
| Fundação de apoio | 94 |
| Fundação estatal | 95 |
| Fundação pública de direito privado | 96 |
| Fundação pública de direito público | 96 |
| Fundo Estadual de Saúde | 97 |

G

| | |
|--|------------|
| Gerência | 99 |
| Gestão | 99 |
| Gestão colegiada | 99 |
| Gestão de sistemas e serviços de saúde | 99 |
| Gestão em saúde (1) | 101 |
| Gestão em saúde (2) | 102 |
| Gestão Estratégica e Participativa | 103 |
| Gestão hospitalar | 104 |
| Gestão sustentável | 105 |
| Governabilidade | 105 |
| Governança (1) | 106 |
| Governança (2) | 106 |
| Governança global | 107 |
| Governança global em saúde | 107 |
| Governo | 108 |
| Grupos com riscos e necessidades especiais de saúde e de serviços | 109 |
| Grupos de interesse ou pressão | 109 |
| Grupos de pressão externos à política do SUS | 110 |

H

| | |
|---|------------|
| Hábitos de vida | 111 |
| Hospital | 111 |
| Hospitais de Pequeno Porte (HPP) | 113 |
| Hospital Universitário (HU) | 113 |

I

| | |
|--|------------|
| Imagem-Objetivo (I-O) | 115 |
| Implementação de Políticas de Saúde | 115 |
| Indicador | 116 |
| Indicadores de desempenho | 116 |
| Indicadores de resultados | 116 |
| Infraestrutura | 117 |
| Iniquidades em Saúde | 117 |
| Inovação | 117 |

| | | |
|----------|--|------------|
| | Instrumentos de gestão | 118 |
| | Integralidade | 118 |
| | Internação psiquiátrica compulsória | 118 |
| | Intersetorialidade (1) | 119 |
| | Intersetorialidade (2) | 119 |
| | Intersetorialidade (3) | 119 |
| | Intervenção em Saúde | 120 |
| J | | |
| | Judicialização | 121 |
| | Judicialização da Saúde | 122 |
| L | | |
| | Legislaturas | 125 |
| | Liderança | 125 |
| | Lideranças Comunitárias | 125 |
| | Lobby | 126 |
| M | | |
| | Marco Legal | 127 |
| | Marco Regulatório | 127 |
| | Marketing social | 127 |
| | Materiais Educativos | 127 |
| | Medicamento | 127 |
| | Medicamento de Referência | 129 |
| | Medicamento Especial | 129 |
| | Medicamento Genérico | 129 |
| | Medicamento Similar | 130 |
| | Mínimo Existencial | 130 |
| | Modelo de Atenção à Saúde | 130 |
| | Modelo Lógico da Intervenção | 133 |
| | Modelo Teórico da Intervenção | 133 |
| | Momentos do processo de Planejamento | 133 |
| | Monitoramento | 133 |
| | Movimento da Reforma Sanitária | 133 |
| | Movimentos Feministas | 134 |
| | Movimentos Sociais | 135 |
| | Movimentos Sociais em Saúde | 136 |
| | Municipalização das Ações e Serviços de Saúde | 137 |
| N | | |
| | Necessidades de saúde da população | 139 |

| | |
|--|------------|
| Novos Modelos Jurídicos | 139 |
| Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) | 140 |

O

| | |
|--|------------|
| Orçamento Impositivo | 141 |
| Organismos de Cooperação Internacional | 141 |
| Organizações da Sociedade Civil (OSC) | 141 |
| Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) | 142 |
| Organização Social (OS) | 143 |
| Organizações Comunitárias | 143 |
| Organizações Governamentais | 143 |
| Organizações Internacionais | 144 |
| Organizações Não Governamentais (ONGS) | 144 |
| Organizações sem fins lucrativos | 144 |

P

| | |
|--|------------|
| Pacto de Gestão | 145 |
| Padrões de Qualidade | 145 |
| Parceria Inter-Institucional | 145 |
| Parcerias Público-Privadas (PPP) | 145 |
| Participação da Comunidade e do Cidadão | 146 |
| Participação Social em Saúde | 146 |
| Partido político | 147 |
| Perfil de saúde da população | 147 |
| Pesquisa Avaliativa | 147 |
| Piso de Atenção Básica (PAB) | 148 |
| Planejamento de Saúde | 148 |
| Planejamento Estratégico-Situacional | 151 |
| Planejamento Familiar/Reprodutivo | 151 |
| Planejamento Situacional em Saúde | 152 |
| Plano de Saúde | 152 |
| Plano Diretor de Regionalização (PDR) | 153 |
| Plano Estadual de Saúde | 153 |
| Plano Municipal de Saúde | 153 |
| Plano Operativo | 154 |
| Planos privados de Saúde | 154 |
| Poder (1) | 154 |
| Poder (2) | 155 |
| Política (1) | 157 |
| Política (2) | 157 |
| Políticas Ambientais | 159 |

| | |
|--|------------|
| Política de Saúde | 159 |
| Políticas Econômicas | 161 |
| Políticas Econômicas e Políticas Sociais | 162 |
| Política Farmacêutica | 162 |
| Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PARTICIPASUS) | 163 |
| Políticas Públicas | 163 |
| Políticas Públicas Saudáveis | 163 |
| Políticas Sociais (1) | 164 |
| Políticas Sociais (2) | 164 |
| Postos de Trabalho | 165 |
| Precarização do Trabalho | 165 |
| Precarização do Trabalho em Saúde | 166 |
| Prestadores privados | 166 |
| Prestadores públicos | 166 |
| Problema | 167 |
| Problema de Saúde | 167 |
| Problema do Sistema de Serviços de Saúde | 167 |
| Processo de Trabalho em Saúde | 168 |
| Programação em Saúde | 170 |
| Programação Pactuada e Integrada (PPI) | 170 |
| Programa Mais Médicos | 170 |
| Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) | 171 |
| Programa Saúde da Família | 172 |
| Programa Saúde na Escola | 173 |
| Programas de Saúde | 173 |
| Promoção da Saúde | 173 |
| Promoção do Acesso Universal e Equitativo aos Serviços de Saúde | 174 |
| Protocolos Clínicos | 175 |

Q

| | |
|--|------------|
| Qualidade dos Serviços de Saúde | 177 |
|--|------------|

R

| | |
|--|------------|
| Redes de Atenção à Saúde | 179 |
| Reforma do Setor Saúde | 180 |
| Reforma Política | 180 |
| Reforma Política no Brasil pós-democratização | 180 |
| Reforma Política no Brasil em 2015 | 182 |
| Reforma Psiquiátrica | 183 |

| | |
|-------------------------------------|------------|
| Reforma Sanitária Brasileira | 184 |
| Regiões de Saúde | 185 |
| Regulação | 186 |
| Regulação em Saúde | 186 |
| Regulação Sanitária | 186 |
| Relação Público/Privado | 188 |
| Representação Política | 188 |
| Reserva do Possível | 188 |
| Resolutividade | 189 |

S

| | |
|---|------------|
| Satisfação dos Usuários | 191 |
| Saúde da Família | 191 |
| Saúde Mental | 191 |
| Saúde Reprodutiva | 192 |
| Seguridade Social | 193 |
| Seguridade Social no Brasil | 193 |
| Seleção de Prioridades | 194 |
| Serviços de Saúde | 194 |
| Sistema de Informação | 194 |
| Sistema de Saúde | 195 |
| Sistema de Serviços de Saúde | 196 |
| Sistema Nacional de Saúde | 196 |
| Sistemas Universais de Saúde | 196 |
| Sistema Único de Saúde (SUS) (1) | 197 |
| Sistema Único de Saúde (SUS) (2) | 198 |
| Sistema Único de Saúde (SUS) (3) | 198 |
| Situação | 200 |
| Situação de Risco | 201 |
| Situação-Objetivo | 201 |
| Sociedade Civil | 201 |
| Sociedade de Economia Mista | 202 |
| Stakeholders | 202 |

T

| | |
|--|------------|
| Tecnologias em Saúde (1) | 203 |
| Tecnologias em Saúde (2) | 203 |
| Tecnologias em Saúde (3): desenvolvimento histórico do conceito | 205 |
| Tecnologias em Saúde (4): emprego do conceito na atualidade | 207 |
| Território | 209 |

| | |
|---|------------|
| Territorialização em Saúde (1) | 210 |
| Territorialização em Saúde (2) | 211 |
| Tomadores de Decisões em Saúde | 213 |
| Trabalho | 213 |
| Trabalhadores de Saúde | 213 |
| Triângulo de Governo | 214 |
| Triangulação dos dados | 214 |
| Trilogia Matusiana | 214 |
| | |
| U | |
| Unidade de Saúde da Família | 217 |
| Universalidade | 217 |
| Uso Racional de Medicamentos | 217 |
| Usuário do Sistema de Informação | 217 |
| Usuário do SUS | 218 |
| | |
| V | |
| Vigilância em/da Saúde | 219 |
| Vigilância Sanitária | 219 |
| | |
| Colaboradores | 221 |

O Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), através do coletivo de pesquisadores do *Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde*, sob a coordenação do Prof. Jairnilson Silva Paim, apresentou, em 2013, ao CNPq¹, um projeto de pesquisa voltado ao aprofundamento das análises políticas e desenvolvimento de análises de políticas públicas na área de saúde, envolvendo diversos centros de pesquisa.

O desenvolvimento deste projeto contemplou a conformação de uma *Rede de Pesquisadores da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde* (PPGS), responsável pela execução de vários subprojetos, apresentados ao coletivo de pesquisadores durante a realização da primeira Oficina de Trabalho da Rede realizada em novembro de 2014. O trabalho desenvolvido em 2015 gerou, entre outros produtos, o *Observatório de Análise Política em Saúde* (OAPS), articulado a um *Centro de Documentação Virtual* (CDV), lançado oficialmente durante o 11º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), realizado em Goiânia.

Os pesquisadores vinculados ao Observatório de Análise Política (OAPS) são responsáveis por um conjunto de estudos e pesquisas organizadas em diversos eixos temáticos², cujos produtos, sob a forma de resultados das pesquisas, documentos e textos para debate, estão sendo progressivamente disponibilizados para consulta pública de universidades, gestores, centros de pesquisa, conselhos de saúde e organizações da sociedade civil. Além disso, o Centro de Documentação virtual (CDV) reúne, guarda e difunde documentos e referências diversas (documentos escritos, áudios, vídeos e imagens) relativas às Políticas de Saúde, visando apoiar institucionalmente os pesquisadores que compõem a Rede e demais usuários do Observatório, contribuindo assim para a difusão da produção acadêmica na área e a socialização de documentos institucionais que tratam de processos políticos e políticas específicas relacionadas com os eixos temáticos do OAPS.

O acompanhamento da execução do Projeto ao longo dos dois primeiros anos (2014-2015), através de reuniões periódicas onde são apresentados e discutidos os subprojetos de cada eixo temático, bem como os produtos que estão sendo elaborados (dissertações, teses, artigos e capítulos de livro etc.), tem evidenciado a pluralidade de enfoques teórico-metodológicos que vêm sendo utilizados nos diversos estudos e pesquisas, colocando como desafio, de um lado,

1 Chamada MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013. Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para efetivação do Direito Universal à Saúde. Coord.: Prof. Jairnilson Silva Paim.

2 Análise do processo de Reforma Sanitária Brasileira no período 2007-2016; Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde; Acompanhamento das Decisões Judiciais relativas à Saúde; Estudos e Pesquisas em Políticas de Ciências, Tecnologia e Inovação em Saúde; Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde; Trabalho e Educação Permanente no SUS; Análise de Políticas de Saúde voltadas para a Infância; Políticas de Medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária; Análise de Políticas de Saúde Bucal no Brasil; Análise Sócio-Histórica de Políticas de saúde e Modelos de Gestão Hospitalar no SUS. Ver em: <www.analispoliticadesaude.org.br>.

o aprofundamento da reflexão em torno dos diversos referenciais teóricos³ e, por outro, a necessidade de mapeamento e definição dos conceitos e noções que estão sendo incorporados ao discurso e à prática de pesquisa no âmbito da Rede, especificamente levando em conta a multiplicidade de fontes empíricas que estão sendo consultadas, a exemplo de documentos institucionais, sites de entidades representativas de profissionais de saúde, veículos de comunicação que apresentam notícias relacionadas ao processo político e à gestão do sistema de saúde etc.

Nesse sentido, decidiu-se construir um *Glossário de análise política em Saúde* que contivesse a definição de um conjunto de termos, noções e conceitos das diversas correntes e enfoques teóricos que vêm sendo difundidos e utilizados na área de política, planejamento, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde. O processo de construção deste produto contemplou uma série de etapas, envolvendo o conjunto significativo de pesquisadores dos diversos eixos temáticos do OAPS, estendendo-se durante quase um ano.

A ideia de organizar o *Glossário* surgiu ao interior do grupo de pesquisadores do Eixo 1, dedicados à “Análise do processo de Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016”, quando se debruçaram sobre as várias fontes de informação acerca do processo político em saúde e se deram conta da necessidade de estabelecer um referencial teórico-conceitual que orientasse a identificação, classificação, seleção e análise destas informações. De fato, os diversos subprojetos agrupados nesse eixo temático têm contemplado a consulta a vários sites oficiais – Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), bem como sites de entidades profissionais, a exemplo do Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), e entidades representativas dos profissionais, docentes e alunos de Saúde Coletiva, especialmente a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e, por último, mas não menos importante, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que completou, em 2016, 40 anos de atividade na luta pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), pelo Direito universal à Saúde e pela Democracia.

Nesse processo, os pesquisadores envolvidos diretamente com a coleta e sistematização das informações elaboraram, inicialmente, uma lista de “palavras-chave”, que logo foram concebidas como “descritores” dos diversos eixos temáticos do OAPS extrapolando, portanto, os temas e subtemas analisados pelos subprojetos incluídos no eixo temático 1. Cabe registrar que ao proceder a essa distribuição das palavras-chave por eixo temático, tratou-se de identificar descritores comuns a vários eixos, e, em seguida, foi efetuada uma comparação dos descritores definidos pelo grupo com os que constam no DECS (Descritores de Ciências da Saúde) da Bireme, constatando-se que grande parte dos descritores não fazia parte da lista do DECS. Com isso, decidiu-se que seria necessário buscar definições dos descritores selecionados em

3 Ver: TEIXEIRA, C.F. et al. Produção científica sobre política, planejamento e gestão no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 585-594. BAPTISTA, T.W. F; AZEVEDO, C.S.; MACHADO, C. V. Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

PAIM, J. S. Posfácio: análise política em saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica. In: FEDERICO, L. *Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 279-286.

SANTOS, J. S.; TEIXEIRA, C. F. *Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014*. *Saúde em Debate*, v. 40, nº 108, p. 219-230, mar. 2016.

textos de referência, especialmente em Dicionários temáticos e Glossários já existentes na área de Saúde, cabendo, portanto, copiar e revisar as definições colocadas nesses textos.

Em uma primeira consulta a alguns Dicionários e Glossários da área, constatou-se que alguns dos descritores não constavam na lista desses documentos, exigindo, portanto, um trabalho adicional de elaboração de definições e conceitos. Por conta disso, duas estratégias foram encaminhadas: a) extração das definições relativas aos descritores que constavam da lista de termos dos Dicionários (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1991; JOHNSON, 1997; IVO, 2012) e Glossários consultados (MS, 1985; CONASS, 2007; ANS, 2012; TEIXEIRA, 2010; PEREIRA; LIMA, 2008); b) solicitação aos pesquisadores dos diversos eixos temáticos do OAPS, para que identificassem os principais termos, noções e conceitos que estão manejan-do em sua prática cotidiana e tratassem de elaborar as respectivas definições, considerando que estas tanto servem para delimitar a problemática que vem sendo estudada por cada equipe, quanto indicam os referenciais adotados pelos pesquisadores, constituindo assim, uma primeira aproximação às concepções e teorias utilizadas no “fazer” do OAPS.

Uma vez feito isso, obteve-se uma primeira versão do Glossário, que passou a ser revista com a finalidade de se padronizar minimamente a forma de apresentação de cada verbete, incluindo-se as referências bibliográficas utilizadas e demais fontes de onde foram retiradas as definições. Nesse momento, considerou-se necessário concluir uma primeira versão do *Glossário* que deveria ser colocada para uso público, no site do OAPS, esperando com isso obter novas contribuições, críticas e sugestões para o aperfeiçoamento das definições e conceitos apresentados.

A versão publicada no site do OAPS constituiu-se, portanto, em um produto aberto com a finalidade de promover o debate e o intercâmbio entre os pesquisadores da Rede e usuários do OAPS, com relação aos termos e definições propostas. Durante o período de consulta pública, foram encaminhadas várias contribuições, algumas das quais implicaram sugestões de novos verbetes e outras em revisão dos verbetes já incluídos na obra. Com isso, procedeu-se a ampliação do número de verbetes e a uma revisão cuidadosa do texto, resultando na versão atual.

Considerando o formato final que o *Glossário* adquiriu, cabe fazer algumas esclarecimentos acerca do conteúdo que os leitores irão encontrar a seguir. Os verbetes que compõem o *Glossário* apresentam distintos graus de profundidade teórica, contemplando desde uma simples definição do termo, tal como vem sendo utilizado em textos e documentos políticos e técnicos da área de saúde, até verbetes que trazem conceitos elaborados no âmbito das Ciências Humanas e Sociais, bem como na produção científica da área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde no campo da Saúde Coletiva.

Cabe registrar, também, que atendendo a sugestões dos colaboradores, foram incluídos verbetes que reproduzem definições e revisões conceituais já publicadas em outros dicionários da área, fruto do trabalho colaborativo de vários pesquisadores do campo da Saúde Coletiva que se empenharam na sistematização desses conceitos, como é o caso dos verbetes extraídos, às vezes literalmente, do *Dicionário de Educação profissional de Saúde*,⁴ organizado por Isabel

4 A metodologia utilizada pelo *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*, a exemplo de outros dicionários utilizados como fonte de informação em nosso trabalho, difere da adotada aqui, na medida em que os organizadores optaram por indicar a autoria de cada verbete, o que sem, dúvida, confere à obra um caráter mais original, porquanto os verbetes resultam não só de uma compilação senão que de uma verdadeira elaboração conceitual com base, por vezes, em ampla revisão bibliográfica. No nosso caso, partimos da decisão de simplesmente compilar definições já disponíveis em outros dicionários e textos que continham as definições desejadas. No percurso, entretanto, diante da ausência de algumas definições adequadas na literatura consultada, fomos instados a solicitar a vários dos pesquisadores do Observatório de Análise Política em Saúde que elaborassem os verbetes, porém decidimos, por coerência formal, não indicar a autoria dos verbetes acrescentados e apenas elencamos os colaboradores no final da obra, sem distinguir aqueles que atuam apenas na coleta de definições já existentes dos que fizeram um trabalho mais elaborado de sistematização conceitual.

Brasil Pereira e Júlio Cesar França Lima, disponibilizado no site da Escola Politécnica Joaquim Venâncio, da Fiocruz. No caso em que recorreremos à reprodução na íntegra ou em parte, dos verbetes deste Dicionário, tratamos de indicar nas referências, aquelas utilizadas pelos autores do verbete de modo a estimular a busca pelos textos originais, além, evidentemente, de indicar os autores dos verbetes consultados.

Cabe chamar a atenção, inclusive, que alguns termos geraram dois ou mais verbetes, na medida em que se incluiu a revisão de fontes diversas, sistematizadas por colaboradores distintos. A escolha por determinados referenciais, que se reflete na forma como se conceitua determinados termos, decorre das opções intelectuais e políticas dos pesquisadores envolvidos e evidencia a complexidade do campo da Saúde Coletiva e, especificamente, da área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.

Considerando que esta diversidade de concepções reflete a pluralidade de enfoques teóricos presentes na área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde, decidimos apresentar as diversas contribuições que expressam a riqueza do debate existente na área, refletindo o grau de desenvolvimento teórico-conceitual e a existência, inclusive, de disputas paradigmáticas, salutaras, com relação à melhor forma de abordar determinados temas e problemas. Trata-se, portanto, de uma “obra aberta”, em construção, que deverá ser aperfeiçoada conforme a dinâmica do próprio Observatório. Com isso, convidamos a todos os integrantes da Rede de pesquisa em Política de Saúde, a se envolverem na ampliação e aperfeiçoamento do Glossário de termos, que ora entregamos à leitura, crítica e reflexão.

Finalmente, advertimos os leitores para que este *Glossário* deve ser utilizado apenas como um ponto de partida para o conhecimento inicial dos termos, noções e conceitos aqui colocados, não substituindo a busca sistemática e a leitura aprofundada dos textos e autores que se dedicaram à elaboração das teorias que sustentam e dão sentido aos termos aqui definidos. Nessa perspectiva dirige-se, fundamentalmente, a alunos de cursos de graduação em saúde, profissionais que atuam nos serviços e lideranças de movimentos sociais em saúde, interessados em acessar um texto que facilite o acesso ao conhecimento científico, de modo a ultrapassar o senso comum, reelaborando o significado dos termos em sua linguagem cotidiana.

Carmen Teixeira e Paloma Silveira

(Organizadoras)

Verbetes

Aborto

No mundo, estima-se que uma a cada quatro gravidezes termine em abortamento. Aborto é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e cujo produto da concepção, sem qualquer sinal de vida pese menos de 500g. Definido como espontâneo quando se inicia independentemente de procedimentos externos, sendo na maioria das vezes decorrente de problemas relacionados à saúde da mulher ou do feto. Estima-se que 12 a 15% das gravidezes resultem em um aborto espontâneo, podendo alcançar até 22% no caso de perdas precoces. É considerado provocado, quando resulta do uso voluntário de medidas para interrupção da gravidez pela mulher ou por terceiros. As menores taxas de aborto provocado no mundo são registradas em países que aliam educação sexual, acesso à contracepção e procedimentos legais e seguros para a realização do aborto. Ao contrário, as maiores taxas são observadas em países em desenvolvimento, onde as leis são bastantes restritivas. Nesses países, a maior parte dos abortos são inseguros, isto é, realizados por profissionais não habilitados e em condições sanitárias inadequadas, o que implica em riscos para as mulheres. No Brasil, o aborto é crime, segundo o *Código Penal* de 1940, não sendo punido apenas quando a gravidez representa risco de morte para a mulher e quando esta é fruto de violência sexual. Desde 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) autorizou a interrupção da gravidez em gestações de fetos anencéfalos. O país conta, entretanto, com poucos serviços públicos para atenção às mulheres em casos de abortos previstos na lei, estando estes concentrados nas capitais e grandes cidades, com dificuldades de funcionamento. A criminalização do aborto não impede sua prática, que permanece sendo utilizada por mulheres brasileiras de distintos estratos sociais, como último recurso diante de uma gravidez que não pretendem continuar, mas as submetem às mesmas forças históricas, culturais e sociais que lhes impõem, na clandestinidade, uma situação de vulnerabilidade e um sofrimento desnecessário. O aborto realizado de forma insegura é a grande causa de mortalidade materna no Brasil, com suas complicações imediatas sendo responsáveis por milhares de internações em hospitais da rede pública, com altos custos financeiros para as mulheres e para o setor de saúde. São as jovens, negras, de estratos sociais baixos e residentes em áreas urbanas periféricas aquelas mais expostas às graves consequências das complicações decorrentes do aborto clandestino. O debate sobre o tema na sociedade brasileira, influenciado por valores morais e religiosos, desconsidera a dimensão do aborto como problema de saúde pública e de direitos reprodutivos das mulheres.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ROCHA, M. I. B.; BARBOSA, R. M. (Org.). *Aborto no Brasil e países do Cone Sul panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo /Unicamp, 2009. 284p.

SEDGH, G. et al. Inducedabortion: incidenceandtrendsworldwide: from 1995 to 2008. *The Lancet*, London, v. 379, p. 625-632, 2012.

SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2016.

SINGH, S.; MADDOW-ZIMET, I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, Oxford, v. 123, n. 9, p. 1489- 1498, 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13552/full>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

Ação Intersectorial

Ação desenvolvida em conjunto por vários setores da atividade governamental, em função da seleção de problemas complexos, que exigem a intervenção coordenada de várias áreas, como objeto de políticas públicas.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 117.

Ação Judicial e Decisão Judicial

A ação judicial é doutrinariamente concebida como o direito público, subjetivo e abstrato de natureza constitucional, regulado pelo *Código de Processo Civil*, de pedir ao Estado-juiz o exercício da atividade jurisdicional no sentido de solucionar determinada demanda. (STF, [20]) Toda ação exige alguns elementos formadores, quais sejam, as partes, a causa de pedir e o pedido, que uma vez presentes ensejarão na análise do mérito da ação. O *Código de Processo Civil* positivou três condições genéricas para que se reconheça a existência válida de uma ação, a saber: a legitimidade das partes, o interesse processual e a possibilidade jurídica do pedido. Tais condições são genéricas, não consistindo um elenco fechado e taxativo. As ações, segundo suas peculiaridades, exigem que o pedido requeira uma condenação ou uma declaração ou, ainda, uma constituição, daí a classificação das sentenças e das ações em condenatórias, declaratórias e constitutivas, conforme o pedido da ação. (SANTOS, 2001; STF, [20-?]) A sentença, de acordo com o *Código de Processo Civil*, é o ato do juiz que extingue o processo com ou sem resolução do mérito, ou que rejeita ou acolhe os pedidos do autor. A sentença é a decisão judicial sobre os pedidos formulados na petição inicial, ainda que o processo prossiga, ou seja, é a decisão que resolve a causa ou a questão controvertida sobre a relação de direito litigioso. (SANTOS, 2001)

Referências

SANTOS, W. *Dicionário jurídico brasileiro*. Belo Horizonte: Del Rey, 2001. Disponível em: <<http://www.ceap.br/artigos/ART12082010105651.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

STF SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Vocabulário Jurídico*. Brasília, DF, [20-?]. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=bibliotecaConsultaProdutoBibliotecaGuiaDC&pagina=dicionariojuridico>>. Acesso em: 15 set. 2015.

Ação Legal e/ou Ação Pública em defesa e proteção das pessoas e de seus direitos em saúde

Ações desenvolvidas por pessoas, organizações comunitárias, sindicais ou outras, geralmente junto ao Ministério Público, em função da busca de efetivação dos direitos em Saúde. Ver Direitos dos usuários.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 117.

Acessibilidade

Atributo que envolve a relação entre os recursos de poder do usuário (econômicos, sociais e culturais) e a situação dos serviços (geográficos, organizacionais e de utilização), cujo desfecho pode interferir negativo/positivamente no manejo do problema de saúde em questão. Deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população. Donabedian (1973) definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, nesse caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde às características dos serviços que assumem significado, quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los.

Referências

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Boston: Harvard University Press, 1973.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad*. Washington, D. C., 1978a. (Documentos Oficiales, 156).

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Reunion especial de ministros de salud de las Americas*. Washington, D.C., 1978b. (Documentos Oficiales, 155).

Acesso a medicamento

O acesso a medicamentos pode ser definido como a relação entre a necessidade de medicamentos e sua oferta, em que essa necessidade é satisfeita no momento e lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia da qualidade e a informação suficiente para o uso adequado. (LUIZA; BERMUDEZ, 2004) É uma responsabilidade essencial do Estado e vários fatores são considerados para assegurá-lo: a seleção racional de medicamentos e o desenvolvimento de produtos; preços acessíveis a governos e consumidores; financiamento sustentável; sistema de abastecimento confiável. (WHO, 2000) Envolve uma complexa rede de atores públicos e privados, que desempenham diferentes responsabilidades. (BERMUDEZ, 2014) São muitos

os conceitos de acesso (ANDERSEN, 1995; FRENK, 1985; PENCHANSKY; THOMAS, 1981) e, para os estudos sobre medicamentos e assistência farmacêutica devem ser considerados aqueles capazes de retratar a complexidade envolvida no objeto medicamento e não apenas o aspecto da disponibilidade nos serviços. Nesse sentido, Penchansky e Thomas (1981) oferecem uma contribuição relevante ao explicitar as seguintes dimensões: disponibilidade (representa a relação entre o volume, o tipo de serviços e recursos existentes e entre o volume/demanda e o tipo de necessidades dos usuários dos serviços de saúde); acessibilidade (expressa através da relação entre localização da oferta e dos usuários, considerando transporte, tempo de viagem, distância e custos); organizacional (entendida como a maneira como os serviços estão organizados para aceitar os usuários, incluindo agendamento, horário de funcionamento, serviços telefônicos e a capacidade de acomodação desses usuários em relação à organização dos serviços e a percepção deles sobre essas condições); capacidade financeira (indica a relação entre os preços dos serviços, produtos e dos mantenedores e a capacidade de pagar); e aceitabilidade (indica a relação das atitudes dos usuários sobre as práticas dos provedores do serviço, bem como as atitudes desses provedores sobre os clientes à quem prestam serviços). Outra dimensão útil aos estudos sobre acesso a medicamentos e à assistência farmacêutica foi apontada por Alencar, Nascimento e Alencar (2013), ao destacar a dimensão comunicacional, entendida como a interação, o diálogo que deve existir entre o farmacêutico e o usuário do medicamento (ou o responsável por ele), visando o esclarecimento de informações relativas ao uso racional e, até mesmo, a prestação de outros serviços farmacêuticos. Assim, estão compreendidos na dimensão comunicacional do acesso a medicamentos e à assistência farmacêutica todas as atividades farmacêuticas clínicas, tais como a dispensação, a atenção farmacêutica, a farmácia clínica e o segmento farmacoterapêutico.

Referências

- ALENCAR, T. de O; NASCIMENTO, M. A. A do; ALENCAR, B. R. Assistência farmacêutica na estratégia saúde da família: uma análise sobre o acesso. *Revista Brasileira Farmácia*, Rio de Janeiro, v. 94, n. 3, p. 219-226, 2013.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, Albany, NY, v. 36, n. 1, p. 1-10, mar. 1995.
- BERMUDEZ, J. *Acesso a medicamentos: direito ou utopia?* Rio de Janeiro: E-papers, 2014.
- FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública México*, Cuernavaca, sept./oct. 1985.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. (Org.). *Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*. Rio de Janeiro: ENSP: Ed. Fiocruz, 2004.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, Ann Arbor, v. 19, n. 2, p. 127-140, feb. 1981.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Medicines strategy: framework for action in essential drugs and medicines policies 2000-2003*. Geneva, 2000.

Acesso aos serviços de saúde

O mesmo que acessibilidade, diz respeito à forma de aproximação e entrada dos usuários ao sistema de serviços de saúde e remete à identificação de barreiras legais, territoriais, socioeconômicas ou culturais que dificultam a relação da população com os serviços. No caso do

Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos serviços é universal, garantido por lei. Um dos aspectos do debate atual sobre o tema enfatiza a conveniência ou não de se estabelecer “portas de entrada”, como seria o caso das unidades de atenção primária e dos serviços de atenção à urgência e emergência, a partir dos quais os pacientes são encaminhados a serviços de maior complexidade tecnológica e organizacional.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 117.

Administração de pessoal

O mesmo que administração de recursos humanos, área da administração que se ocupa dos procedimentos, métodos, técnicas e instrumentos relativos à contratação, distribuição, gerenciamento do processo de trabalho e avaliação do desempenho dos trabalhadores envolvidos em determinadas atividades. Cabe registrar que atualmente o termo mais utilizado no âmbito da Saúde Coletiva tem sido Gestão do trabalho em Saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 118.

Administração pública

Fundamentado no paradigma conceitual de que administração pública se desenvolveu pela aproximação-tensão entre ciência política, psicologia social e economia, mas que se distingue pelo seu caráter aplicado e instrumental que desenvolveu princípios válidos a qualquer organização pública e privada. Assim, o termo “público” da Administração Pública se ampliava para além do estatal, incluindo novos Modelos Jurídicos com interesse público. Sócio e historicamente, a administração pública se inicia no Brasil durante seu período Colonial (1500-1822) e se desenvolve durante os períodos do Império (1822-1889), da República Velha (1889-1930), do Estado Novo (1937), da Ditadura Militar (1964-1980) e Período de Redemocratização (a partir de 1980). No Brasil Colônia a estrutura administrativa do Estado foi herdada e se caracterizava pelo clientelismo, patrimonialismo, poder monárquico centralizador e mercantil. No período Imperial, a partir da independência do Brasil, o Estado se complexificou e se caracterizou pela centralização do governo e aparelhamento da estrutura estatal, não burocrática. A Velha República não foi proclamada a partir de movimentos dos setores da sociedade civil e se caracterizou pela influência militar nos processos decisórios político-administrativos que foram descentralizados verticalmente aos estados federados, mantendo o patrimonialismo que originou o coronelismo, encilhamento financeiro, direcionamento à política econômica liberal e ausência da autonomia do poder público. A Constituição de 1937, criava o Estado Novo e o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) através do Decreto-Lei nº 579/1938, que instituiu o modelo burocrático de gestão que se fundamenta na racionalidade, rigor técnico e excelência produtiva, mas não efetivou o ingresso ao serviço público pela forte influência do clientelismo. Deve-se considerar a concepção patrimonialista, privatista e liberalista incorporados ao planejamento e a influência norte-americana no contexto de expansão

capitalista no cenário internacional. O Golpe Militar de 1964 instituiu a reforma administrativa gerencialista, através do Decreto-Lei nº 200/1967, que se caracterizou pelo estabelecimento de laços com o capital externo, institucionalização da tecno-estrutura administrativa, introdução de procedimentos gerenciais do setor privado no setor público, abertura ao capital privado e de economia mista, vinculação do planejamento ao orçamento e desburocratização que articulava descentralização e flexibilização da administração pública. Nestas duas reformas não se viabilizava a participação social e permitiram a diferenciação da Administração Pública Direta e Indireta (APD e API). As APD são as personalidades jurídicas públicas vinculadas aos poderes executivo, legislativo e judiciário. As API são as autarquias, empresas públicas, fundações públicas e sociedade de economia mista. Com o processo de redemocratização, emergiram as concepções fundamentadas na sociedade civil protagonizarem a gestão pública, com a criação de espaços institucionalizados à participação popular, de modo a coexistirem duas perspectivas ideológicas: a societal e a gerencial. A administração pública societal se originou nos anos 1960 e teve a oportunidade de discutir sobre os problemas públicos durante o processo de redemocratização que levou a nova Constituição Federal Brasileira de 1988. Ela está fundamentada na gestão democrática, que prioriza as políticas sociais, ações econômico-financeiras e administrativo-institucionais apoiadas pelas lideranças populares dos movimentos sociais. O modelo gerencialista, inaugurado com o Decreto-Lei nº 200 em 1967, teve novo marco jurídico-administrativo, a Emenda Constitucional nº 19/1998, que iniciou ajustes coordenados pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) conforme apresentado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Assim, compreende-se como novo gerencialismo público, que adota conceitos do setor privado, tais como eficiência, transparência, controle e qualidade do serviço prestado. Ele também é marcado pelas parcerias entre Estado e sociedade, menor centralização do poder e estruturas hierárquicas, participação popular e criação das concepções de atividades públicas de caráter exclusivo (estratégica) e não exclusivo (possível de ser competitivo, como os direitos fundamentais de saúde e educação) do Estado. Estas últimas poderiam ser reguladas ou prestadas pelo Estado, livre a iniciativa privada ou prestada pelo setor público não-estatal. “No âmbito das atividades de caráter competitivo estão os serviços sociais (saúde, educação, assistência social) e científicos, que seriam prestados tanto pela iniciativa privada como pelas organizações sociais que integrariam o setor público não-estatal.” (PAULA, 2005 p. 38) Assim, as Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade de Civil de Interesse Público (OSCIP) foram instituídas como novas alternativas de gestão pública indireta. E, nessa perspectiva, avançou-se com a legitimação de outras personalidades jurídicas nesta contemporaneidade do novo século XXI, a saber: Parceria Público Privado (PPP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Fundação Estatal e de Apoio e Organização da Sociedade Civil (OSC).

Referências

- ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Coord.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.
- BARIANI, E. DASP: entre a norma e o fato. In: ANDREWS, C.W.; BARIANI, E. (Coord.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010. p. 39-62.
- CAPOBIANGO, R. P. et al. Reformas administrativas no Brasil: uma abordagem teórica e crítica. *REGE*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-78, jan./mar. 2013.

FARAH, M. F. S. A contribuição a administração pública para a constituição o campo de estudos de políticas públicas. In: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. de (Org.). *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo: Ed. Unesp; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. p. 91-126.

PAULA, A. P. P. de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005,

SILVA, L. B. A reforma administrativa de 1967. In: ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Coord.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010. p. 63-84.

SANTOS, J. C.; OLIVEIRA, S. S. A importância da administração pública indireta para a prestação do serviço público. *ReFAE: revista da Faculdade de Administração e Economia*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 64-89, 2010.

Administração pública direta e indireta

A Administração Pública se compõe de órgãos e agentes públicos, representantes da vontade da pessoa jurídica. O Estado, responsável por cumprir ou executar a função pública de atividades, tarefas, ações e serviços, pode atuar de modo centralizado e descentralizado. A administração centralizada implica na execução de tarefas por meio dos agentes e órgãos que compõem a administração pública direta, composta pelo conjunto de órgãos e agentes públicos que integram a pessoa política estatal, ou seja, a União, Estados, Distrito Federal ou municípios, subordinados diretamente ao Chefe do Poder Executivo, Legislativo ou Judiciário. Na modalidade descentralizada, o Estado delega responsabilidades através de contratos de gestão e/ou termos de compromisso às entidades que compõem a administração pública indireta. Esta é composta por Novos Modelos de Jurídicos, a saber: Autarquias, Fundações Públicas, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista, entes públicos não estatais (Organização Social, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público e Organizações da Sociedade Civil) e sociedade de propósito específico (denominação da pessoa jurídica competente à contratação por Parceria Público-Privada).

Referências

ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema único de saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 3. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2002.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Agenda

Instrumento de planejamento que contém a relação dos problemas identificados, as prioridades definidas e os objetivos e atividades a serem desenvolvidos para o seu enfrentamento. Resulta do processo de análise de situação e corresponde ao primeiro momento da formulação de uma política, ponto de partida para a definição posterior do Plano de ação ou Plano operativo.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 118.

Agenda de saúde

Instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que contempla, em cada esfera de governo, a seleção de problemas a serem enfrentados e o estabelecimento de prioridades e estratégias de política em cada período de gestão. (TEIXEIRA, 2010) Por meio desse instrumento os governos federal, estadual e municipal, estabelecem, justificam e detalham as prioridades da política de saúde, os eixos prioritários de intervenção, os objetivos e os indicadores de avaliação 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. (LUCHESE, 2004)

Referências

LUCHESE, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em Saúde Pública*. São Paulo: Bireme: OPAS: OMS, 2004. p. 53.

TEIXEIRA, C. (Org.). *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010. p. 118.

Agente comunitário de saúde (ACS)

É um profissional que desempenha um papel chave na Estratégia de Saúde da Família, pois faz a integração entre a Unidade Básica de Saúde, a equipe de saúde e a população de sua comunidade, visto que o ACS mora na comunidade a que atende. O ACS visita os domicílios de sua comunidade, promovendo atividades de prevenção de doenças. Ele também orienta as famílias sobre a utilização dos serviços de saúde e explica, para as Unidades Básicas de Saúde, a dinâmica social de sua comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites. São pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. Atendem de 400 a 750 pessoas, dependendo das necessidades locais, desenvolvem atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

Alianças

Acordo entre dois ou mais atores ou organizações que compartilham e perseguem objetivos comuns e metas específicas definidas em função da negociação que gera a aliança. O mesmo que pacto, acordo, compromisso. Pode-se identificar a formação de “alianças intersetoriais”, no caso de pactos firmados entre atores que se inserem em setores específicos, agregando a tomada de decisões e a implementação de ações em função de interesses comuns.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p.118.

Alocação de recursos

Alocação de recursos é o processo pelo qual recursos existentes são distribuídos entre usos alternativos, que podem ser finais (programas ou atividades-fim), intermediários (os diversos insumos e atividades necessários à produção do serviço final), ou definidos em termos dos usuários dos serviços. São considerados um “potente instrumento de incentivo de determinados comportamentos por parte das unidades médico assistenciais.” (UGÁ, 1994) Três aspectos do processo de alocação de recursos merecem ser enfatizados: a) toda alocação resulta ou corresponde a um processo decisório sobre “onde colocar o dinheiro”, ainda que esse processo possa não ser formalizado ou simplesmente repetido o que já foi feito antes. O *default* de alocar recursos de acordo com a estrutura de gastos do ano anterior também representa uma decisão (a de manter o padrão e, portanto, as políticas do passado); b) toda alocação tem um impacto direto e claro sobre a eficiência e o custo dos serviços. Alocar recursos limitados a um conjunto de atividades significa que eles não estarão disponíveis para outras atividades, o que poderá resultar em falta de materiais, falhas no apoio logístico ou outros problemas; c) toda política ou conjunto de prioridades se traduz num padrão específico de alocação de recursos, e vice-versa: todo padrão de alocação de recursos corresponde à certas prioridades, ainda que implícitas. É comum autoridades políticas e/ou sanitárias definirem um conjunto de políticas e prioridades, mas uma análise do padrão de alocação de recursos pode revelar outra ordem de prioridades. Nesse caso, naturalmente, é o padrão de alocação que mostra as verdadeiras prioridades. O conhecimento da distribuição dos recursos financeiros de acordo com critérios específicos (alocação) permite uma série de análises extremamente úteis, não só para o gerente financeiro, mas também para os tomadores de decisão das SMS e dos próprios governos municipais. Elas constituem um instrumento imprescindível ao gerenciamento correto dos serviços de saúde, auxiliando no processo de repensar prioridades e identificando desequilíbrios e injustiças possivelmente insuspeitados. Essa questão se tornou importante devido à discussão dos critérios de repasse dos recursos federais do SUS aos Estados e municípios. Com as constantes mudanças dos critérios utilizados e a dificuldade de se encontrar um critério simples e não distorcido, a análise do padrão de alocação de recursos e suas consequências se revestem de importância crítica no processo de implantação do SUS.

Referências

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. Gestão de recursos financeiros. In: COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. *Saúde e cidadania: manual para gestores municipais de saúde*. Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina [200?]. Livro 10. Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_10/07_01.html>. Acesso em: 15 nov. 2016.

UGÁ, M. A. D. I. Alocação de recursos aos prestadores de serviços de saúde: uma proposta preliminar para a Rede Pública Brasileira. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 45, n. 9, p. 16, 1994.

Análise da situação de saúde

Processo de identificação, descrição e análise dos problemas e das necessidades de saúde de uma população, geralmente o primeiro momento do processo de planejamento e programação de ações. O mesmo que avaliação da situação de saúde. Ver Planejamento em saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. (Org.). *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 118.

Análise de efetividade

A avaliação de efetividade mensura se os resultados desejados de uma dada intervenção, em contextos e cenários reais de sua implementação, foram atingidos e se as mudanças incluem efeitos colaterais inesperados ou indesejáveis. A análise dos efeitos é aquela que se baseia em avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde. Ela consistirá em determinar a eficácia dos serviços para modificar os estados de saúde. A medida dos efeitos, que sejam desejados, ou não, depende do tipo de pesquisa adotada. O conceito de eficácia não tem um sentido absoluto, ele deve ser qualificado em virtude do contexto no qual a pesquisa é feita, do procedimento escolhido, da natureza da intervenção avaliada e da finalidade do exercício de avaliação. Na análise dos efeitos, é importante considerar não somente aqueles que são desejáveis, mas também os efeitos não desejados. Em outros termos, é importante considerar os efeitos externos para a população-alvo e também eventualmente para as outras populações não visadas diretamente pela intervenção. Na análise dos efeitos, também é muito importante observar, quando for possível, não somente os efeitos em curto prazo, mas também os efeitos em longo prazo.

Referência

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

Análise de implantação

A análise de implantação é pertinente quando observamos uma grande variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes. A análise da implantação é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos. O primeiro tipo de análise da implantação consiste em medir a influência da variação no grau de implantação da intervenção em diferentes contextos. Até mesmo uma ausência de efeito pode ser consequência do fato de que a intervenção avaliada não foi realmente implantada. O segundo tipo de análise da implantação consiste em se perguntar sobre os efeitos da interdependência que pode haver entre o contexto no qual a intervenção está implantada e a intervenção em si. (HARTZ, 1997) Na análise de implantação são investigadas as relações entre a implantação, os efeitos e os contextos nos quais ocorre a intervenção. A análise de implantação ou avaliação da implantação tem por objetivo central estabelecer em que medida uma intervenção está sendo implantada conforme concebida. A implantação de um programa

consiste em sua adequada operacionalização. Consiste em responder minimamente a perguntas: 1) Em que medida a variação do contexto da implantação influenciou na variação do grau de implantação? 2) Em que medida a variação do grau de implantação influenciou na variação dos efeitos da intervenção? 3) Em que medida houve influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados? (VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

Referências

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

Análise de proposições políticas

Existem vários tipos de análise das propostas de ação elaboradas no âmbito de um processo de planejamento. Destaca-se a análise de coerência (externa e interna) das proposições políticas; análise de direcionalidade (com relação à Imagem-Objetivo da política geral); análise de viabilidade econômica, política e técnica das propostas de ação, levando em conta as características do ator que conduz o processo de planejamento, isto é, sua capacidade de governo e a governabilidade da situação onde se está atuando. (CPPS, 1975; MATUS, 1993)

Referências

CPPS. CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE SALUD. *Formulación de políticas de salud*. Santiago, Chile, 1975.

MATUS, C. *Política, planificación e governo*. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1993. p. 297-554. (2 Tomos).

Análise de viabilidade (1)

Trata-se de um tipo de análise das propostas de ação que implica uma avaliação da capacidade do ator e das condições de implementação de uma determinada estratégia. O documento do Centro Panamericano de Planificação de Saúde (CPPS) (1975) esquematiza alguns dos possíveis passos para uma análise de viabilidade de uma política de saúde: 1) identificação dos elementos que na Imagem-Objetivo (IO) ou nas proposições políticas tenham conteúdos significativamente ideológicos e afetem a estrutura de valores e estilo de vida de grupos sociais; 2) identificação daqueles elementos das proposições que se referem à coisas valoradas e que afetam ou favorecem interesses de grupos de pressão; 3) reconhecimento dos grupos sociais em que podem repercutir - favorável ou desfavoravelmente - os elementos antes mencionados, com o correspondente apoio ou rejeição; 4) identificação dos canais de comunicação e das formas de acesso ao sistema político de ditos grupos, assim como o grau de controle institucional que detenham; 5) previsão sobre a magnitude da capacidade de apoio ou rejeição às proposições e ações e dos meios possíveis de expressão por parte dos grupos sociais envolvidos; 6) revisão das margens de transação do poder institucional para conciliar os antagonismos que possam despertar as políticas de saúde; 7) disponibilidade de compulsão efetiva para submeter grupos antagônicos se for necessário; 8) reconhecimento dos grupos sociais neutros e passivos e busca de formas para obter seu apoio. Matus (1993), por sua vez, distingue, na análise de viabilidade de um determinado plano de ação, dois aspectos: o primeiro relativo aos

momentos de desenvolvimento do plano – decisão, implementação, manutenção – e o segundo, relativo aos requisitos necessários para garantir a execução das ações propostas, ou seja, os recursos econômicos, a capacidade técnico-operacional e a vontade política. Cabe destacar que, na perspectiva situacional, caso a análise de viabilidade das propostas de ação seja desfavorável, o ator pode (e deve) elaborar projetos dinamizadores, capazes de desfazer os “nós críticos”, superando os obstáculos que restringem a viabilidade do plano. (TEIXEIRA, 2010)

Referências

CPPS. CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE SALUD. *Formulación de políticas de salud*. Santiago, Chile, 1975.

MATUS, C. *Política, planificación e governo*. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1993. p. 297-554. (2 Tomos).

TEIXEIRA, C. (Org.). *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010.

Análise de viabilidade (2)

A análise de viabilidade das estratégias formuladas pode ser feita em três planos: viabilidade financeira, viabilidade político-institucional e viabilidade técnico-operacional. Cada uma delas diz respeito à disponibilidade de determinados tipos de recursos que se utiliza para o desencadeamento e continuidade das ações. A viabilidade financeira remete à disponibilidade de recursos financeiros, incluindo não apenas o dinheiro propriamente dito, mas o que pode ser obtido a partir dele, isto é, a realização de investimentos em recursos físicos, a aquisição de material permanente e de consumo, a contratação e pagamento de pessoal etc. A viabilidade político-institucional diz respeito à disponibilidade de recursos de poder, isto é, a vontade política de implementar (ou não) o que está disposto no plano. Esta “vontade política” não se refere apenas às opções dos dirigentes do sistema local, mas também inclui a decisão dos profissionais e trabalhadores de saúde, das organizações sociais e comunitárias, enfim, refere-se a todos aqueles envolvidos com o processo de planejamento e execução das intervenções. Embora quase sempre disfarçada, ocorrem os mais variados tipos de resistência - ativa ou passiva - dos sujeitos envolvidos com relação aos objetivos e propostas de ação. Esta resistência é política, no sentido pleno da palavra, e deve ser levada em conta no processo de identificação dos aliados (reais e potenciais), dos oponentes e dos “indiferentes” às propostas de ação. Finalmente, a viabilidade técnico-operacional diz respeito à disponibilidade de recursos técnicos, isto é, conhecimentos e habilidades técnicas para a execução das ações propostas, bem como de recursos administrativos, ou seja, capacidade de organização e gerenciamento para a execução eficiente e efetiva das ações. A não disponibilidade de qualquer destes “recursos estratégicos” não significa a inviabilização das propostas de ação. Pelo contrário, sua identificação é sumamente importante para impulsionar a elaboração de “projetos dinamizadores”, isto é, projetos que, sendo desenvolvidos paralelamente à execução do Plano de Ação, permitam a superação das dificuldades existentes, tanto no plano financeiro quanto político e técnico-operacional. (MATUS, 1993)

Referência

MATUS, C. *Política, planificación e governo*. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1993. p. 297-554 (2 Tomos).

Análise de viabilidade (3)

A análise de viabilidade deve confluir para a identificação das “facilidades” e das “dificuldades” que cada proposta terá em seu curso de execução, o que supõe a identificação dos limites e possibilidades existentes tanto no ambiente interno quanto no ambiente externo à organização onde está sendo desenvolvido no processo de planejamento. Nesse sentido, uma das técnicas para análise de viabilidade, bastante difundida no contexto latino-americano, é o DOFA (ou FOFA),¹ que inclui a identificação das Dificuldades e Facilidades (no ambiente interno) e Oportunidades e Ameaças (no ambiente externo). A identificação das dificuldades (ou fragilidades) conduz à elaboração de projetos dinamizadores, voltados à construção da viabilidade no processo de implementação do plano, quer seja pela obtenção de recursos financeiros adicionais, quer pelo envolvimento e participação de possíveis oponentes, visando sua colaboração e compromisso, quer seja pela superação das deficiências técnicas e operacionais identificadas, através de cursos e outras formas de capacitação de pessoal. (OPAS, 1994)

Referência

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *La Administración estratégica en SILOS: lineamientos para su desarrollo: los contenidos educacionales*. Washington: Organización Mundial de Saude (OMS), 1994. ANEXOS. Mapas políticos, Red de eslabonamiento estratégico, MAAN, DOFA e Diagrama de causa y efecto.

Análise de viabilidade (4)

Outra forma de se fazer análise de viabilidade, proposta por Matus, leva em conta distintos momentos do processo decisório, ou seja, a tomada de decisão, a execução das decisões e a permanência dos efeitos das decisões e ações executadas. Considerando-se que cada um desses momentos implica aspectos políticos, técnicos e administrativos, é possível se realizar uma análise de viabilidade muito mais detalhada, identificando os obstáculos e as oportunidades de ação em cada momento do processo decisório. (MATUS, 1993)

Referência

MATUS, C. *Política, planificación e governo*. 2. ed. Brasília, IPEA, 1993. p. 297-554. (2 Tomos).

Análise do grau de implantação

Na avaliação do grau de implantação é feita uma comparação entre o que está previsto nos documentos da intervenção (política, plano, programa), com as ações desenvolvidas na prática. A avaliação do grau de implantação faz parte da análise de implantação que corresponde a uma avaliação mais complexa.

Referência

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

Análise econômica

A literatura da área de planejamento e administração em saúde aponta a existência de três métodos de análise econômica de programas e serviços: custo-eficácia, custo-benefício e custo-utilidade. Segundo Pineault e Daveluy (1987), pode-se distinguir, teoricamente, uma análise

1 Tradução da sigla que remete à Facilidades e Fragilidades, Oportunidades e Ameaças.

custo-eficácia potencial (*costeffectivity*) levando-se em conta a distinção estabelecida entre eficácia real (*effectiveness*) e eficácia potencial (*efficacy*). No primeiro caso, os benefícios são medidos para toda a população-alvo, enquanto que no segundo caso, só se mede os efeitos nos indivíduos atingidos pelo programa ou serviço. Ver eficiência, eficácia e efetividade.

Referência

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas e sociais*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes: 1994. p. 55-56.

PINAULT, R.; DAVELUY, C. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estratégicas*. Barcelona: Masson, 1987. p. 339.

Análise política em saúde

A análise política em saúde toma como foco o processo político em saúde, ao invés das políticas de saúde. Assume o poder como categoria de análise central, ou seja, como ele é apropriado, acumulado, distribuído, disputado e utilizado nos âmbitos setorial e societário, assim como as suas relações com a produção de fatos, dentro e fora das instituições. Embora essa análise possa ser realizada em diversos momentos do ciclo da política (construção da agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação) e no interior das instituições, seu grande desafio é examinar conjunturas e suas relações com a saúde nas suas dimensões de estado vital, setor produtivo e área do saber. Já as análises de políticas de saúde (*policyanalysis*) têm adotado distintos enfoques teórico-metodológicos: a) Institucionalismo histórico (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012; MENICUCCI, 2007); b) Referencial do ciclo das políticas públicas – *polycycle* (PINTO, 2004); b) Sociogênese das políticas públicas (PINELL, 2010); c) Abordagem crítica inspirada no pensamento estratégico e na planificação situacional. (PAIM, 1992) Esta distinção entre análise política em saúde e análise de políticas de saúde toma como referência Burawoy (2010) que distingue *policyanalysis* e “sociologia pública”. A *policyanalysis* ou a análise de políticas públicas (*public policies, polycystudies, polycyscience*) constituiria um espaço para a prática profissional, representando uma sociologia para políticas públicas. No caso da “sociologia pública” privilegia a ação estratégica, o envolvimento com os movimentos sociais e a “defesa da sociedade civil sob a égide dos direitos humanos” (BURAWOY, 2010, p.76) Expressa uma *práxis* (articulação da teoria e prática) e uma militância sócio-política. (TESTA, 1997) Aproxima-se, portanto, à corrente crítica da Saúde Coletiva brasileira quando ressalta a análise política e o pensamento estratégico em saúde. Esta “sociologia pública” articula a teoria social e a prática política, tal como buscou a Saúde Coletiva nas suas origens. (PAIM, 2015)

Referências

BURAWOY, M. *O marxismo encontra Bourdieu*. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2010.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

MENICUCCI, T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETICHE, M.; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 303-325.

PAIM, J. S. Burocracia y aparato estatal: implicaciones para la planificación e instrumentación de políticas de salud in Fleury, S. (Org.). *Estado y políticas sociales en America Latina*. Xochimilco: UAM, 1992. p. 293-311.

PAIM, J. S. Pós-facio: análise política em saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica. In: FEDERICO, L. *Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 279-286.

PINELL P. *Análise sociológica das Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

PINTO, I. C. de M. *Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia*. 2004. 237 f. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração da UFBA, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2004.

TESTA, M. *Saber en Salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar E., 1997.

Árvore de problemas

É um diagrama simples cujo objetivo é organizar a explicação do problema identificando, durante o processo de análise da situação, o momento inicial de um processo de planejamento. Utiliza o formato de uma árvore, onde o problema central é colocado no “tronco”, e as “raízes” correspondem aos determinantes e condicionantes do problema (causas) e os “galhos”, “folhas”, e “frutos” correspondem às “consequências” do problema registrado no meio da “árvore”. (SÁ; ARTMANN, 1994; VILASBOAS; TEIXEIRA, 1999) Ver Planejamento situacional em saúde.

Referências

SÁ, M. C. E.; ARTMANN, E. Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: MENDES, E. V. et al. *Planejamento e programação local da vigilância de saúde no distrito sanitário*. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde, 1994. p. 19-44. (Serie Desenvolvimento de serviços de saúde, n. 13).

VILASBOAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. *Orientações metodológicas para o planejamento e programação local da vigilância à saúde nas áreas de abrangência do PACS-BA*. Salvador: ISC-UFBA, 1999. Quarta versão.

Assistência de média e alta complexidade

Conjunto de estabelecimentos que compõem a rede assistencial onde se realiza a prestação de serviços de média e alta complexidade tecnológica, os quais incluem ambulatórios e clínicas de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros que integram redes específicas de atendimento a determinadas patologias como é o caso dos serviços de reabilitação, psiquiátricos e outros. Ver Atenção de média complexidade.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 118.

Assistência farmacêutica

Compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento, avaliação de sua utilização e o descarte adequado. A Assistência Farmacêutica, portanto, compõe a integralidade da atenção à saúde; é um componente das políticas de saúde, e o farmacêutico é

o profissional central para a organização e prática dos serviços farmacêuticos. Ver Atenção Farmacêutica.

Referência

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 maio 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

Assistência médica suplementar

Conjunto de atividades, empresas e instituições envolvidas com a oferta de planos e seguros privados de saúde sob a regulação do Poder Público. Não há consenso entre os especialistas sobre a melhor maneira de designar o segmento de planos e seguros privados de saúde. Além de saúde suplementar, também são comuns as denominações: atenção médica supletiva, assistência médica suplementar ou assistência médica complementar. O termo “saúde suplementar”, em particular, não parece apropriado para designar o que se pretende, considerando as limitações de atendimento e o distanciamento deste setor da integralidade das ações de saúde. Ou seja, este segmento também precisa ser suplementado, e não raro pelo próprio Sistema Único de Saúde (SUS). “Assistência médica complementar”, presente na legislação de saúde, designa, literalmente, ações e serviços de saúde que representam uma complementação de outros serviços ou ações. Esse termo seria adequado se referisse ao que é complementar. Ora, os planos e seguros privados de saúde não são complementares a quaisquer serviços, mas apresentam seu próprio rol de procedimentos, independente de qualquer outro. Por fim, o termo “assistência médica suplementar”, se parece adequado por se limitar à assistência médica e não se referir à saúde em geral, não é apropriado por causa do adjetivo “suplementar”, que remete ao que é opcional, extra, não-essencial. Enfim, as tentativas de enquadrar, semanticamente, os planos e seguros privados de saúde em um sistema de saúde que seria único ou harmônico não podem ser bem sucedidas, pois, na prática, esses planos e seguros competem com o SUS, não sendo complementares nem suplementares. Ver Planos privados de saúde.

Referências

BRASIL. Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõem sobre os planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 19 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Glossário temático: saúde suplementar*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

SESTELO, J.; BAHIA, L. Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (Seguro-Saúde, Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Autogestão e Outras). In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 139-150.

Atenção ambulatorial de primeiro nível

Compreende serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns, e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, incluindo amplo espectro de serviços clínicos e por vezes ações de saúde pública – presente nos sistemas universais de proteção social em saúde. (GIOVANELLA, 2012) Nos países europeus, o termo atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços

ambulatoriais de primeiro contato, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção primária com frequência corresponde também a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade para cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza. (MENDES, 2001)

Referências

BARRENECHEA, J. J.; TRUJILLO, E.; CHORNY A. *El proceso SPT/2000 y sus implicaciones para la orientación de la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud*. Bogotá: Ed. Universidad de Antioquia, 1990.

GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Ed., 2001.

Atenção básica (1)

A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas UBSs. A atenção básica também envolve outras iniciativas, como: as Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal etc.

Referência

ATENÇÃO Básica. PENSE SUS: SUS de A a Z. Fiocruz, Rio de Janeiro, [200?]. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 28 out. 2015.

Atenção básica (2)

Conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) adotou-se a designação de Atenção Básica, para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. (GIOVANELLA, 2012) Para o Ministério da Saúde a Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Este trabalho é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde.

Referências

GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 493. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php>. Acesso em: 03 set. 2015.

Atenção domiciliar

A Atenção Domiciliar constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde. Configura-se como atividade a ser realizada na atenção básica pelas equipes de atenção básica (EAB) e pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção. O processo do cuidar em AD está ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. A atenção domiciliar visa proporcionar ao paciente um cuidado contextualizado a sua cultura, rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções. Além disso, potencializa uma melhor gestão dos leitos hospitalares e o uso mais adequado dos recursos, como também serve de “porta de saída” para a rede de urgência/emergência, diminuindo a superlotação nesses serviços, sendo, assim, um dos componentes da [Rede de Atenção às Urgências e Emergências](#).

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de monitoramento e avaliação: Programa melhor em casa*. Brasília, DF: 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php>. Acesso em: 10 set. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 out. 2011. Seção 1. v. 1. n. 208. p. 44.

Atenção de média complexidade

A Atenção de Média Complexidade, como definido pela NOAS 01/01, compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país. Internamente a esse grupo, é definido um Conjunto Mínimo de Procedimentos de Média Complexidade, integrado por atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. Os procedimentos integrantes desse Conjunto Mínimo devem ter sua oferta garantida no âmbito microrregional, por um ou mais módulos assistenciais. As demais ações de Atenção de Média Complexidade, isto é, as não integrantes do Conjunto Mínimo, podem ser ofertadas no âmbito microrregional, regional ou estadual.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a modalidade de acolhimento de arrecadação de receitas federais por meio de aplicativo da Secretaria da Receita Federal em ambiente de internet, mediante débito em conta corrente. *Diário Oficial [da] República Federativa do*

Brasil, Brasília, DF, 11 abr. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

Atenção farmacêutica

O termo atenção farmacêutica tem sua origem da denominação *pharmaceuticalcare*. A definição sobre Atenção Farmacêutica proposta em 1990, pelos pesquisadores Hepler e Strand (1990) diz que:

É a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Estes resultados são: a cura da doença; a redução ou eliminação dos sintomas; a interrupção ou retardamento do processo patológico; e a prevenção de uma doença ou dos sintomas.

Embora concebida num contexto de inexistência da prática, essa definição tem sido, em todo o mundo, mais amplamente aceita que outras. O eixo mobilizador das discussões em torno da atenção farmacêutica foi o impacto relacionado à morbidade e mortalidade relacionada à farmacoterapia. (JOHNSON; BOOTMAN; 1995) Cipolle, Strand e Morley (2004) definem a atenção farmacêutica como uma prática em que o farmacêutico assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes e responde por esse compromisso. Essa responsabilidade específica se revela na prática quando o farmacêutico identifica, soluciona e previne os problemas farmacoterapêuticos experimentados pelos pacientes ou que tenham potencial risco de ocorrência. Para isso deve estabelecer uma relação terapêutica com o paciente em que realiza atividades comuns a todas as profissões relacionadas ao cuidado, ou seja: realiza uma avaliação das necessidades relacionadas aos medicamentos para identificar a existência de problemas farmacoterapêuticos; desenvolve um plano de cuidados para solucionar ou prevenir tais problemas e efetua o seguimento desses pacientes com o objetivo de verificar se as intervenções farmacêuticas resolveram os problemas ou se novos problemas surgiram. Para tanto, o farmacêutico necessita trabalhar em cooperação com outros profissionais da equipe de saúde. Esses autores afirmam que é possível estruturar um serviço de atenção farmacêutica em torno de componentes específicos. Esses componentes incluem uma filosofia de prática que tem caráter prescritivo e que norteia ações e define responsabilidades específicas; um processo de cuidado que explicita o método clínico pelo qual os farmacêuticos cuidarão dos pacientes e um sistema de gestão que inclui todo o suporte necessário para assegurar um serviço como esse. (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013) No entanto, existe um distanciamento entre a definição que circula no ‘mundo da ciência’, e o que os documentos oficiais e as políticas farmacêuticas entendem e expressam em sua essência a respeito disso e o que de fato os farmacêuticos realizam no ‘mundo real’. Isso contribui para as múltiplas definições encontradas sobre o termo no Brasil e no mundo. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) inclui a atenção farmacêutica como parte das ações da Assistência Farmacêutica, e esta é compreendida como

[...] um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também

deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (BRASIL, 2004, p. 1)

Essa definição não apresenta nenhum dos elementos estruturantes que possibilitem fomentar serviços de atenção farmacêutica, pois carece tanto de elementos filosóficos claros, como da descrição do processo de cuidado e de elementos que possibilitem esse serviço ser oferecido com consistência. (ANGONESI; SEVALHO, 2010) Ver Assistência Farmacêutica.

Referências

- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017302035>>. Acesso em: 29 jun. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 maio 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.
- CIPOLLE, R. J; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical care practice: the clinician's guide*. 2. ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2004.
- JOHNSONN, J. A.; BOOTMAN, J. L. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness Model. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 155, n. 18, p. 1949-1956, 1995.
- HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm*, Ann Arbor, v. 47, p. 533-43, Mar. 1990
- RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: ACÚRCIO, F. A. (Org.). *Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoconomia*. Belo Horizonte: COOPMED, 2013. p. 1-320. v. 1.

Atenção hospitalar

Os hospitais são unidades complexas por suas múltiplas variáveis e incertezas gerenciais. Eles podem ser classificados pelo caráter (público, privado sem fins lucrativos, filantrópicos e privado com fins lucrativos), pelo número de leitos ou porte (pequeno, médio ou grande), por seu nível de complexidade assistencial ou densidade tecnológica que possui e, também, pela referencialidade na rede assistencial (local, regional, geral e especializado). Sua importância assistencial está relacionada à cobertura territorial, população adstrita e referencialidade nas linhas de cuidado. Sobre seu vínculo administrativo, podem ser municipal, estadual ou federal, bem como de ensino, universitário e militar. Quanto à atenção hospitalar, é temática com importantes destaques na história da saúde pública brasileira. No período colonial foram fundadas as primeiras unidades nosocomiais com a implantação das Santas Casas, a partir de 1543, subsidiadas pelo governo da Colônia e com caráter filantrópico ou religioso voltado aos pobres. Historicamente, o sistema de saúde se desenvolveu na perspectiva assistencialista que fortalecia o modelo médico-hospitalocêntrico. Em meados do século XX, esse modelo se expandiu através da contratação dos serviços privados pelo Estado, frente ao agravamento da pobreza, urbanização e aumento das morbidades. Assim, o processo de privatização, pagamento por produtividade e a necessidade de subsídios diretos e indiretos foram aspectos potencializados no período do Regime Militar. Na perspectiva da análise de políticas públicas, as unidades hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) constituem o nível terciário do modelo de atenção, onde se prestam cuidados de alta complexidade. Ela se caracteriza pelo alto custo, elevada demanda de financiamento, adoção e sobreposição de variadas tecnologias

e necessidade de formação de pessoal especializado. Quanto ao desempenho gerencial, destacam-se como problemas a pouca agilidade nos processos de aquisição, necessidade de contratação de serviços de apoio/complementares e a complexa incorporação de pessoal qualificado. Em relação à gestão do sistema hospitalar, a literatura aponta como desafio a capacidade de gestão pública decorrente do respeito à responsabilidade fiscal, ampliação da cobertura assistencial, aumento da complexidade dos perfis das unidades e coordenação da regulação assistencial. Sobre a constituição do marco jurídico que implementou a atenção hospitalar no período histórico pós-constituinte de 1988, destacam-se as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e 8.142 que dispuseram ser do nível estadual a competência para gestão de sistemas de serviços hospitalares e de alta complexidade. (BRASIL, 1990) Outros instrumentos normativos foram decretos que versam sobre financiamento, regionalização, referencialidade entre as unidades de uma rede de serviços pré-hospitalar (unidades básicas, centros de referências, unidades de pronto atendimento entre outros) e hospitalar. Pode-se destacar a partir do plano para Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira constituído em 2004, as Portarias n.º1044/2004 e n.º 3.390/2012 que instituíram as Políticas Nacionais para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e de Atenção Hospitalar (PNHOSP), respectivamente.

Referências

- BRAGA, NETO, F. C. et al. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.
- PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 547-576.

Atenção pré-natal

A atenção pré-natal é um importante instrumento na assistência à saúde no ciclo gravídico-puerperal. Na atenção primária à saúde (APS), estas ações devem ser desenvolvidas de forma rotineira, obedecendo a padrões técnico-científicos de qualidade. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que para sua efetividade devem ser atendidas condições básicas estabelecidas por protocolo, pautado na humanização e acolhimento. (BRASIL, 2012) Diversos estudos têm demonstrado a associação da atenção pré-natal com a prevenção de risco na gestação, e redução de complicações no parto e puerpério (ALMEIDA; BARROS, 2005; DOMINGUES et al., 2012; GRANGEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008; ROCHA; SILVA, 2012; SANTOS et al., 2000), desfechos favoráveis como a redução da morbimortalidade materna, perinatal (BRASIL, 2009; OMS, 1976; SILVA et al., 2013), neonatal (INSLER et al., 1986; MENEZES et al., 1998; VINTZILEOS et al., 2002), melhores condições de saúde do concepto, como melhor crescimento intrauterino (VINTZILEOS et al., 2002) e menor incidência de baixo peso ao nascer. (BARROS; TAVARES; RODRIGUES, 1996; BOLZÁN; GUIMAREY; NORRY, 2000; SILVEIRA; SANTOS, 2004)

Referências

- ALMEIDA, S. D.; BARROS, M. B. Equity and access to healthcare for pregnant women in Campinas (SP), Brazil. *Revista Panamericana Salud Publica*, Washington, v. 7, n. 1, p. 15-25, 2005.
- BARROS, H.; TAVARES, M.; RODRIGUES, T. Role of prenatal care in preterm birth and low birth weight in Portugal. *Journal of Public Health Medicine*, Oxford, v. 18, n. 3, p. 321-328, 1996.

- BOLZAN, A.; GUIMAREY, L.; NORRY, M. Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuriz en dos municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina). *Revista chilena de pediatría*, Santiago, v. 71, n. 3, mayo 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* (PNDS 2006): dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.(Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica, n. 32)
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012.
- GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 105-111, 2008.
- INSLER, V. et al. The impact of prenatal care on the outcome of pregnancy. *European J obstet gynecol reprod biol*, Amsterdam, v. 23, p. 211-223, 1986.
- MENEZES, A. M. B. et al. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, p. 209-216, 1998.
- OMS. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Nuevas Tendencias y Métodos de Asistencia Materno infantil en los servicios de salud*. Genebra, 1976. (Sexto informe del comité de expertos de la OMS em salud de la madre y el niño)
- ROCHA, R. S.; SILVA, M. G. C. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. *Revista Brasileira de Promoção a Saúde*, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 344-355, jul./set., 2012.
- SANTOS, I. S. et al. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 603-609, 2000.
- SILVA, E. P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, Recife, v. 13, n. 1, p. 29-37, jan./ mar. 2013.
- SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1160-1168, set./out. 2004
- VINTZILEOS, A. M. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *American journal of obstetrics and gynecology*, Sainte Louis, v. 186, n. 5, p. 1011-1016, May 2002.

Atenção primária à saúde (1)

Primeiro nível de atenção em um sistema de serviços de saúde, responsável pela oferta de ações de baixa complexidade tecnológica, voltadas ao atendimento das necessidades básicas de saúde da população, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção de riscos específicos e atenção aos problemas mais frequentes apresentados por indivíduos e grupos populacionais. O debate internacional sobre o tema a partir da Conferencia de Alma-Ata, em 1978, contempla a crítica à compreensão que muitos países têm da Atenção Primária à Saúde (APS) como um “programa”, ou mesmo um “nível de atenção”, chamando a atenção para a possibilidade da APS ser considerada uma estratégia de mudança da organização do conjunto dos serviços de saúde de um determinado sistema, na medida em que adota uma base territorial, a identificação das necessidades de saúde da população, a programação local das ações e serviços, o trabalho em equipe, a articulação intersetorial das intervenções sobre determinantes dos problemas de saúde. No Brasil, a APS começou a ser desenvolvida no âmbito dos Programas

de Extensão de Cobertura dos anos 1970, e, no contexto de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), nos últimos 15 anos, tem sido nomeada de Atenção Básica, objeto de implantação/reorganização através do Programa de Saúde da Família. (TEIXEIRA; SOLLA, 2006)

Referência

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família*. EDUFBA. Salvador, 2006.

Atenção primária à saúde (2)

Refere-se à porta de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar. (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994) Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexeneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação em clínica geral. Esse documento possibilitou a organização da APS com base na regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre as ações curativas e preventivas. (MATTA; MOROSINI, 2009) Segundo Barbara Starfield (2002), estudiosa da atenção primária à saúde na atualidade, a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A Atenção Primária à Saúde (APS) coordena ainda os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. (STARFIELD, 2002) Nos países europeus, a ênfase do primeiro nível de assistência está na clínica e nos cuidados individuais, sejam estes preventivos ou curativos, e, em geral, há acordo entre os “*policymakers*” europeus de que a atenção primária deve ser a base de um sistema de saúde bem desenhado, que oriente a organização do sistema como um todo. (BERGEN, 2001) Um aspecto crucial para a caracterização da atenção primária é a análise da posição desses serviços na rede assistencial enquanto serviços de primeiro contato com instituição de porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*), considerada instrumento fundamental para permitir a coordenação dos cuidados pelo clínico

geral. O ator principal da atenção primária é o generalista, ou *familydoctor* ou *Hausarzt*, aqui traduzido como clínico geral ou generalista. (WONCA EUROPE, 2002)

Referências

BERGEN, J. *The GP an European Union*. European Union of General Practitioners (UEMO, 2001). Disponível em: <<http://www.uemo.org>>. Acesso em: 10 set. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Defining primary care: an interim report*. Washington, DC: National Academy Press, 1994.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária a saúde. In: DICIONÁRIO de educação profissional em saúde da Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 10 set. 2015.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

WÖRZ, M.; WISMAR M. Green politics in Germany: what is green health care policy? *Int J Health Serv*, Westport, v. 31, n. 4, p. 847-67, 2001.

WONCA EUROPE. *The European definition of general practice/family practice*. 2002. Disponível em: <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/lit/Europ_Definition_GP_FM1.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

Atenção primária abrangente de Alma Ata

A Declaração de Alma Ata define a Atenção Primária à Saúde (APS) como

Atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país... e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde. (WHO, 1978)

A concepção de atenção primária expressada na Declaração de Alma Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. (GIOVANELLA, 2012) A APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte de uma rede de atenção à saúde. (OPS, 2007)

Referências

GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 493.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas*: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC: OPAS, 2007.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Geneva: WHO, 1978.

Atenção primária (enfoque em saúde e direitos humanos)

Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os seus determinantes sociais e políticos mais amplos. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da Atenção Primária à Saúde (APS) deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretendem alcançar melhoras de equidade em saúde.

Referência

SANDERS, D. The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all. *Health for themillions*, Dhaka, Sept./ Dec. 1997.

Atenção primária seletiva (*Selective primary care*)

Programas focalizados e seletivos com cesta restrita de serviços para enfrentar limitado número de problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Dirigidas ao grupo materno-infantil, tem como ações mais comuns: monitoramento do crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e imunização e, por vezes, complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres. (VUORI, 1985) O enfoque seletivo desconsidera os determinantes sociais no processo saúde-enfermidade e busca intervir sobre problemas específicos de forma isolada e paralela. Um dos principais problemas desse enfoque é que as ações seletivas, ainda que efetivas, somente são realmente implementadas na presença de estrutura assistencial que suporte o acompanhamento dos grupos de risco regularmente, e, para tal, devem estar integradas a um sistema de saúde universal. (GIOVANELLA, 2012)

Referências

GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 499.

VUORI H. Primary health care in Europe – Problems and solutions. *Community Medicine*, Bristol, v. 6, n. 3, p. 221–231, 1984.

VUORI H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy*, Amsterdam, v. 4, n. 3, p. 221–230, 1985.

Atores políticos

A noção de ator provém das ciências sociais e se refere à lideranças, partidos políticos, organizações sindicais, associações de classe, entidades religiosas, organizações comunitárias e quaisquer outras formas de organização e representação de interesses que se apresentem na cena política, seja no âmbito político mais geral seja no âmbito mais específico, como é o caso do cenário político em saúde. Para Testa (1992, 1995), um ator político é aquele capaz de introduzir temas na agenda do Estado, ou seja, um ator individual ou coletivo, uma organização capaz de inserir determinado problema no debate político em torno da elaboração de propostas de intervenção sobre determinados problemas. Na análise política em saúde pode-se, portanto, identificar os “atores-chave”, envolvidos diretamente na formulação e implementação de propostas de ação com relação a determinado problema. São os atores setoriais, isto

é, os atores políticos identificados no âmbito do setor saúde, como por exemplo, os gestores do sistema, prestadores de serviços, trabalhadores e os usuários do sistema, geralmente representados por suas entidades e organizações específicas e ainda os atores extra setoriais, atores políticos identificados em outros setores, distintos do setor saúde e que podem ter importância, quer pela possibilidade de se tornarem aliados em um processo de articulação de ações conjuntas de caráter intersetorial, quer por se constituírem em adversários políticos no debate e tomada de decisões em relação à questões de interesse para a saúde. (TEIXEIRA, 2010) Na perspectiva neo-institucionalista (KINGDON, 2011) é possível distinguir os atores governamentais dos não governamentais, bem como identificar os atores visíveis e os invisíveis, como o nome indica, aqueles que aparecem na cena e os que atuam nos bastidores do processo de tomada de decisões.

Referências

- KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives, and Public Policies*. 2. ed. Washington, USA: LONGMAN, 2011.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 122.

Auditoria em saúde

O termo auditoria foi incorporado à saúde inicialmente como uma forma de avaliação da atenção com base na observação direta, nos registros e na história clínica do paciente, sendo entendida como “auditoria médica”, desenvolvida especialmente no ambiente hospitalar. A partir do final dos anos 1980, o campo de ação da auditoria na saúde se ampliou, passando a incluir a avaliação do uso dos recursos e dos resultados obtidos no tratamento. Mais recentemente passou a abarcar, além do monitoramento das práticas clínicas, a avaliação da organização dos serviços e as funções gerenciais.

Referência

- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 123.

Autarquias

Autarquias são pessoas jurídicas de direito público, executoras exclusivamente de atividades administrativas públicas típicas e que pertencem aos modelos de Administração Pública Indireta. A autarquia exerce atividades estatais privativas, que não são passíveis de serem executadas por particulares, tais como regulação, regulamentação, fiscalização, tutela, fomento, dentre outras, e podem intervir na ordem econômica ou na área social, na forma estabelecida em sua lei de criação. Suas características principais são possuir orçamento público próprio, autonomia administrativo-financeira (respeitando limites legais) e do patrimônio próprio que são indisponíveis, gozo dos mesmos privilégios e vantagens tributárias que a Administração Pública Direta (inclusive imunidade tributária), mas são sujeitas aos ditames da Lei de Responsabilidade Fiscal e de licitação. Cada autarquia é dirigida por um Conselho de Administração, composto conforme sua respectiva lei, com órgão de direção superior, controle

e fiscalização. Cabe à diretoria geral ou superintendência a operacionalização das deliberações do Conselho de Administração. Como integra a administração pública, as autarquias estão sujeitas aos princípios e regras do serviço público (concurso público, estabilidade, regime jurídico único, plano de cargos e carreiras e salário/vencimento etc). São controladas e fiscalizadas pelo Poder Legislativo, Tribunal de Contas, Conselho de Saúde e sistema nacional de auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

Referências

ANDREWS, C.W; BARIANI, E. (Coord.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Avaliabilidade

A análise exploratória de avaliabilidade corresponde ao exame sistemático e preliminar de um programa, em sua teoria e em sua prática, para determinar se há justificativa para uma avaliação extensa e para melhor delimitar os objetivos do programa, bem como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação. Os objetivos do estudo de avaliabilidade são: a) identificar se os objetivos do programa estão claramente formulados; 2) analisar as relações entre os problemas, objetivos e atividades; 3) identificar se há concordância entre os diversos profissionais acerca dos objetivos, metas e população-alvo do programa; 4) verificar se há dados disponíveis para avaliação ou se estes podem ser obtidos a um custo razoável; 5) averiguar se os formuladores de políticas ou gestores estão aptos ou dispostos a usar as informações da avaliação para mudar o programa.

Referência

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

Avaliação das tecnologias em saúde

Conceito bastante amplo que difere de um país para outro, podendo abarcar uma avaliação técnica de um dispositivo médico com o propósito regulador, um estudo farmacoepidemiológico do efeito de uma droga, um estudo acadêmico para prevenir as consequências de uma prática de saúde específica nas condições de saúde da população ou, ainda, uma revisão sistemática de qualquer ou de todos os aspectos de uma prática de saúde em particular. Esse tipo de avaliação permite apresentar alternativas de tratamento de doenças ou agravos à saúde e frequentemente proporciona elementos que orientam a tomada de decisões estratégicas relacionadas à cobertura dos serviços ou à alocação de recursos, incluindo a aquisição de equipamentos e de medicamentos.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 123.

Avaliação de cobertura

A avaliação de cobertura é aquela que mede a proporção da população-alvo beneficiadas pela população do programa. A avaliação de cobertura consiste em identificar em que medida os recursos existentes são suficientes para atender às necessidades da população, em outras palavras, qual a proporção da população-alvo que se beneficia do programa. A cobertura é vista como “potencial” quando observa a relação entre a população de uma área e os serviços e recursos disponíveis.

Referência

ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. *Evaluation: a systematic approach*. Beverly Hills: Sage, 2004.

Avaliação de impacto

É uma metodologia que engloba a identificação, predição e avaliação das esperadas mudanças nos riscos na saúde (podendo ser tanto negativas como positivas, individuais ou coletivas), causadas por uma política, um programa, um plano ou projetos de desenvolvimento em uma população definida. Essas mudanças podem ser diretas e imediatas, indiretas ou tardias. Assim, tal metodologia objetiva informar e influenciar o processo de desenvolvimento de uma política e contribuir para a consideração das implicações de saúde da população, analisando os efeitos em uma política, programa ou projeto sobre as iniquidades em saúde. Reflete a análise dos grandes indicadores sobre a situação de saúde considerando as respostas produzidas pelo Sistema de Saúde e também aquelas geradas por outros setores (educação, saneamento etc.). A Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) é a combinação de procedimentos, métodos e ferramentas com os quais políticas, programas e projetos podem ser julgados pelos seus efeitos potenciais na saúde da população, assim como pela distribuição de tais efeitos dentro desta.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Avaliação de Impacto à Saúde (AIS): metodologia adaptada para aplicação no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p. 34.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. European Centre for Health Policy. *Health Impact Assessment: mains concepts and suggested approach*. Gothenburg Consensus paper 1999. Brussels: WHO Regional Office for Europe, 1999.

Avaliação de políticas de saúde

A avaliação é um dos tipos de julgamento possíveis que se faz sobre as práticas sociais. (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; CONTANDRIOUPOULOS, 2009, *apud* PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014) As práticas sociais compreendem desde as práticas cotidianas e do trabalho até aquelas que correspondem a intervenções, formalizadas ou não em planos e programas, voltadas para a modificação de uma determinada situação. A avaliação de uma política de saúde, desse modo, pode ser considerada o julgamento que se faz sobre as práticas relacionadas com qualquer um dos seus componentes. O julgamento pode corresponder desde a uma apreciação dicotômica do valor de uma intervenção, que pode ser qualitativa ou quantitativa, até a análise sobre seu significado.

Referências

PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, Institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 69-81.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.

Avaliação de qualidade dos serviços de saúde

Tipo de avaliação que se ocupa da medição sistemática dos atributos das ações de saúde que integram o conceito de qualidade, relacionados aos efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade, impacto), aos custos, (eficiência) à disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade).

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 123-124.

Avaliação dos riscos de saúde

Avaliação dos riscos potenciais ou atuais com relação à exposição a determinados ambientes nocivos à saúde e/ou à utilização de determinados produtos e serviços que podem produzir doenças ou agravos.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 124.

Avaliação econômica

De um modo geral, pode-se identificar dois tipos de avaliação econômica. O primeiro tipo põe em relação os processos com os recursos utilizados, no caso em que se fala de produtividade, ou se expressa geralmente por número de serviços produzidos pelo serviço ou pelo profissional em relação ao tempo de trabalho investido ou em relação ao recurso utilizado. O segundo tipo de avaliação econômica relaciona, por um lado, os efeitos, resultados e consequências, e por outro, os recursos investidos e os serviços produzidos, expressos em valores monetários. Nesse caso se fala de rendimento ou rentabilidade econômica (em inglês *efficiency*). No campo da avaliação em saúde, entretanto, distingue-se a avaliação da eficiência da avaliação da eficácia e da efetividade, levando em conta, tanto o rendimento (produtividade) dos recursos investidos na execução de um determinado programa ou serviço de saúde (eficiência), quanto o grau de consecução dos objetivos (resultados) pretendidos, caso em que se fala de eficácia (quando esta medida ocorre em condições ideais, por exemplo em laboratórios onde se testa a eficácia de determinados medicamentos), e efetividade (quando esta medida ocorre em condições reais, ou seja, em populações concretas, situação que sofre a interferência de fatores que escapam ao controle dos gestores e profissionais de saúde). Ver Eficiência, eficácia e efetividade.

Referência

PINAULT, R.; DAVELUY, C. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estratégicas*. Barcelona: Masson Ed., 1987. p. 338.

Avaliação em saúde (1)

Análise sistemática da pertinência (de uma política com relação às necessidades e problemas de saúde), suficiência (volume de ações proporcional às necessidades e demandas), progresso (grau de cumprimento dos objetivos e metas fixados no tempo previsto), eficiência (uso racional dos recursos empregados na operacionalização das ações), eficácia (obtenção dos resultados esperados com relação à utilização de uma determinada tecnologia ou à prestação de um serviço de saúde) e efetividade (alcance dos resultados pretendidos por um programa ou serviço em termos do impacto sobre o problema e as necessidades de saúde que o geraram).

Referência

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

Avaliação em saúde (2)

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Os objetivos oficiais de uma avaliação são de quatro tipos: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); contribuir para o progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica (objetivo fundamental). (HARTZ, 2015) A avaliação pode ser considerada como um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais. A avaliação é um dos componentes de gestão. Deve ser delimitado o escopo de organização das práticas que será objeto da avaliação. As ações rotineiras (consultas, internações, ações preventivas ou de promoção) setores de uma unidade de saúde, sistemas de saúde municipal, estadual e nacional e as agências reguladoras constituem níveis possíveis para uma avaliação.

Referências

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. Disponível em: <http://www.faa.br/PDF/livros_eletronicos/medicina/6_Avaliacao_em_saude.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

Avaliação normativa

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas.

Referência

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. Disponível em: <http://www.faa.br/PDF/livros_eletronicos/medicina/6_Avaliacao_em_saude.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS)

O termo avaliação tecnológica foi usado pela primeira vez em 1965, durante deliberações do *Committee on Science and Astronautics of the U.S. House of Representatives*, com o propósito de fornecer elementos para tomada de decisão a respeito de tecnologias. A ATS é uma área cuja atividade é multi e interdisciplinar - sintetiza os conhecimentos sobre a aplicação de tecnologias de saúde na sociedade - mostrando as suas consequências a curto, médio e longo prazo. Tem como objetivo avaliar a utilidade ou não de certas tecnologias/procedimentos para enfrentar problemas de saúde, subsidiar as decisões relativas à difusão e incorporação destas tecnologias pelos gestores, profissionais de saúde e pacientes. A ATS transformou-se em um elo entre as evidências científicas e os gestores dos serviços de saúde, por produzir informações seguras e transparentes que respaldavam as tomadas de decisões. Realizam-se revisões que procuram abranger todas as evidências científicas disponíveis sobre as características técnicas, segurança, eficácia, efetividade, custo, custo-efetividade, impacto de implementação além de considerações socioculturais, éticas e legais da aplicação da tecnologia que está sendo avaliada.

Referências

AMORIM, F. F. et al. *Avaliação de tecnologias em saúde: contexto histórico e perspectivas*. *Comunicação em Ciências de Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 343-348, 2010.

GOODMAN, C. It's time to rethink health care technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Cambridge, NY, v. 8, n. 2, p. 335-358, 1992.

Banco de dados

Conjunto de dados quantitativos ou qualitativos armazenados sob diferentes formas que podem ser utilizados como matéria prima no processo de análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, políticas, programas e serviços. Ver Sistemas de Informação.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 124.

Barreiras de acesso

Refere-se às barreiras geográficas, econômicas, sociais, culturais ou sanitárias que dificultam o acesso dos usuários ao sistema de serviços de saúde.

Referência

TEIXEIRA, CF. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 124.

Blocos de financiamento

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados no âmbito do SUS. São os seguintes blocos de financiamento: I - Atenção Básica; II - Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência farmacêutica; V - Gestão do SUS, e VI - Investimentos na rede de Serviços de Saúde. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11. fev. 2008. Seção 2, p. 31. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

Capacidade institucional

Termo genérico que diz respeito ao potencial que uma determinada instituição tem em função do volume de recursos que maneja, da sua organização e da sua gestão. Em saúde, é comum o uso do termo como sinônimo de “capacidade instalada”, relativa à disponibilidade de infraestrutura de serviços (instalações físicas, recursos humanos, materiais e financeiros), mas também pode-se usar o termo para se referir à “capacidade de gestão”, ou “capacidade de governo”, no caso em que diz respeito à capacidade do gestor (líder) e de sua equipe conduzir com eficiência a instituição em direção ao cumprimento de sua missão, isto é, ao alcance dos seus objetivos estratégicos (políticas) através do uso de métodos modernos de gestão, entre os quais o planejamento estratégico, o orçamento-programa, a avaliação de desempenho etc.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 123.

Capital estrangeiro na saúde

Definido como aquele correspondente à empresas multinacionais, no caso dos investimentos e do comércio, aos grandes bancos, no caso dos financiamentos, e aos fundos de pensão que operam o capital especulativo.

Referência

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663, 2015.

Cenário

Um cenário é uma projeção hipotética do futuro, isto é, a antecipação, pelo pensamento, das configurações possíveis de elementos variáveis (variantes), que podem situar-se no plano político mais geral, no plano político-institucional, econômico, demográfico, epidemiológico etc. (OPAS, 1992) No âmbito do processo de planejamento, a construção de cenários permite um cálculo antecipado dos limites e possibilidades de ação no futuro próximo, orientando a formulação de objetivos factíveis de serem alcançados. Por exemplo, se há evidências que indicam a possibilidade de um colapso econômico-financeiro no sistema de saúde, pode-se ser cauteloso na formulação de objetivos que exijam grandes investimentos financeiros. Por outro lado, se há perspectivas de incremento dos recursos disponíveis, pode-se projetar a realização de construções, reforma de unidades, ampliação de instalações etc. O desenho de cenários supõe a identificação de duas ou mais variáveis que não estão sob controle dos municípios ou do Distrito Sanitário (DS) onde está sendo desenvolvido o processo de planejamento, variáveis de cuja evolução dependerá as condições em que a atuação do município/DS se dará. Assim, o desenho dos cenários prováveis implica na seleção destas variáveis e no estabelecimento de hipóteses para sua evolução, atribuindo-se juízos de valor a essas hipóteses, por exemplo,

evolução positiva, indiferente ou negativa. Pela conjugação das hipóteses estabelecidas para cada variável, chega-se a estabelecer os cenários tendencialmente “favoráveis”, “desfavoráveis” e “centrais”. No cenário “favorável”, como se pode imaginar, predominam as hipóteses de evolução que incidem positivamente sobre os planos de ação elaborados, ocorrendo o contrário no caso do cenário “desfavorável”. O cenário “central” será aquele onde os elementos positivos e negativos se equilibram.

Referências

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 125.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPAS). *La Administración estratégica en SILOS*. OMS: Washington D. C., 1992.

Ciclo das políticas

A perspectiva de “ciclo das políticas” começou a se delinear após a Segunda Guerra, no contexto de estudos que tinham como foco dotar o processo decisório de efetividade e possibilitar decisões mais acertadas pelos governos. O ponto de partida foi a identificação das características das agências públicas “fazedoras da política”; dos atores participantes desse processo; das inter-relações entre agências e atores; e das variáveis externas que influenciavam o processo político e decisório. (VIANA, 1997) Na década de 1990, Howlett e Ramesh resumiram as fases do processo da política em cinco etapas (o que denominaram *improved model*): 1) montagem da agenda; 2) formulação da política; 3) tomada de decisão; 4) implementação e 5) avaliação. Nesse modelo, sustentaram a ideia de que uma política se inicia a partir da percepção de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão, segue sendo implementada, para enfim ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de política. (BAPTISTA; REZENDE, 2015) O estudo dessas diferentes fases da política apresenta-se como um recurso didático-metodológico importante nas análises de políticas. Contudo, cabe atentar que a perspectiva de ciclo da política não deve ser confundida com uma abordagem ou uma teoria, sendo apenas uma proposta de aproximação do processo político a partir do reconhecimento dos momentos que o compõem, considerando sua dinâmica e a frequente sobreposição das fases. Ver Formulação de Políticas; Implementação de políticas; Avaliação de Políticas.

Referências

BAPTISTA, T.W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T.V. F. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: Problematização, Construção da Agenda, Institucionalização, Formulação, Implementação e Avaliação. In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 69-81.

VIANA, A. L. d’A. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas. In: CANESQUI, A. M. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

Cobertura da atenção primária à saúde

A cobertura da atenção primária à saúde refere-se ao percentual de sujeitos que são assistidos por uma determinada equipe de cuidados primários à saúde, ou seja, à quantidade de

indivíduos de uma determinada população que é coberta por serviços de cuidados primários à saúde.

Referência

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panam Salud Publica*, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, Feb. 2011.

Cobertura universal de saúde

Cobertura universal em Saúde é uma proposta originalmente elaborada pela Fundação Rockefeller e difundida pelo Banco Mundial e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de uma contraposição aos sistemas de saúde universais e públicos, na medida em que aceita a segmentação do sistema de saúde em função da capacidade de pagamento dos usuários. Não cobre a totalidade de serviços de saúde promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores, não tendo como perspectiva a integralidade da atenção. Assim, a “cobertura universal” representaria o somatório de coberturas parciais, desiguais e não integrais, mediante um mix público-privado, cabendo ao Estado assegurar alguns pacotes básicos de serviços de saúde focalizados para grupos populacionais com dificuldades de acesso ao mercado da saúde. Está baseada no mecanismo de compra e venda de serviços de saúde. No caso dos sistemas universais de saúde a cobertura é total, tanto em relação à população como em termos de serviços. Não classifica os cidadãos-usuários nem restringe o cardápio de serviços, uma vez que tudo que existe no sistema público de saúde está disponível para todos. (GIOVANELLA et al., 2012) Nas resoluções da 58^a. Assembleia Mundial da Saúde (WHA 58.33 de 25/05/2005) a OMS prevê a participação do setor privado nos sistemas de saúde com apropriação do fundo público, destacando-se as seguintes recomendações nos tópicos um e sete: que os sistemas de financiamento da saúde prevejam um método de pré-pagamento das contribuições para a atenção à saúde, com o objetivo de repartir o risco na população; (...);que troquem experiências sobre diferentes métodos de financiamento da saúde, compreendendo a elaboração de planos de seguro social de doenças e planos privados, públicos e mistos com especial referências aos mecanismos institucionais para cumprir as principais funções de um sistema de financiamento da saúde. Alguns autores questionam à Cobertura Universal de Saúde e defendem sistemas públicos, garantindo a universalidade, equidade, integralidade e participação social. (GIOVANELLA et al., 2012)

Referências

GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafios para a universalidad la integridad y la eqidad*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

Comissão Intergestores

As Comissões Intergestores são instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. São atribuições das Comissões Intergestores: a) a elaboração de propostas para implantação e operacionalização da descentralização; b) o acompanhamento da implantação das normas operacionais; c) o acompanhamento e avaliação da implantação da gestão descentralizada; d) a definição de critérios para

alocação dos recursos federais para cobertura assistencial; e e) desenvolvimento de estudos para solução de problemas ligados à operacionalização das políticas.

Referências

COSTA, L. R. L. *Os Critérios de alocação de recursos financeiros do Ministério da Saúde destinados à assistência à saúde, aos governos estaduais e municipais: evolução da NOB 01/1991 à NOAS 01/2002*. 2003. 118 p. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 14, p. 75-156, 1996.

Comissão Intergestora Bipartite (CIB)

A CIB é a instância colegiada de gestão do SUS no âmbito estadual sendo composta por representantes do gestor estadual e dos gestores municipais e ocupa-se das decisões acerca dos aspectos operacionais do SUS nesse nível de governo.

Referência

LUCCHESI, P. T. Descentralização do financiamento e gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a Implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 14, p. 75-156, 1996.

Comissão Intergestora Regional (CIR)

Cabe à CIR a pactuação das regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde e da organização e funcionamento das redes de atenção à saúde em sua área de atuação, contemplando: I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde; II - diretrizes gerais sobre regiões de saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos; IV - responsabilidades dos entes federativos na rede de atenção à saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e, V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Referências

COSTA, L. R. L. *Os critérios de alocação de recursos financeiros do Ministério da Saúde destinados à Assistência à Saúde, aos Governos Estaduais e Municipais: evolução da NOB 01/1991 à NOAS 01/2002*. 2003. 118 p. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

LUCCHESI, P. T. Descentralização do financiamento e gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 14, p. 75-156, 1996.

Comissão Intergestora Tripartite (CIT)

Instância colegiada de gestão do SUS no âmbito nacional integrada por representantes do Ministério da Saúde e dos gestores municipais e estaduais.

Referências

COSTA, L. R. L. *Os Critérios de alocação de recursos financeiros do Ministério da Saúde destinados à Assistência à Saúde, aos Governos Estaduais e Municipais: evolução da NOB 01/1991 à NOAS 01/2002*. 2003. 118 p. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde) -Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2003.

LUCCHESI, P. T. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 14, p. 75-156, 1996.

Comitês Técnicos

São espaços de caráter técnico e consultivo que apoiam a gestão do SUS na formulação, implantação e monitoramento de políticas públicas de saúde. Podem ser formados com a participação da gestão federal, estadual e municipal (da saúde e outros ministérios ou secretarias de governo), movimentos sociais e/ou entidades representativas e representantes de Conselhos de Saúde (nacional, estadual ou municipal).

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Participativa em Saúde*. 12. nov. 2015. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/556-sgep-raiz/dagep/20660-gestao-participativa-em-saude>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

Comitês Técnicos de Equidade em Saúde

São espaços de participação e controle social que consistem num grupo consultivo e de monitoramento, avaliação e assessoramento para discussões técnicas e políticas voltadas a promoção de equidade em saúde para as populações em condições de desigualdade e/ou vulnerabilidade. Atualmente, no âmbito do Ministério da Saúde, sob a coordenação do DAGEP/SGEP, existem quatro comitês técnicos de equidade em saúde instituídos: [Comitê Técnico de Saúde da População Negra](#); [Comitê Técnico de Saúde LGBT](#); [Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua](#); Grupo da Terra (populações do campo, floresta e águas).

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Participativa em Saúde*. 12. nov. 2015. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/556-sgep-raiz/dagep/20660-gestao-participativa-em-saude>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde

Criado no âmbito do Ministério da Saúde, tem por objetivos: participar do acompanhamento e avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS e colaborar com a elaboração de estratégias de mobilização e desenvolvimento de práticas de Educação Popular em Saúde, como prática democrática na construção de políticas públicas de saúde.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.crsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

Comunidades terapêuticas

Estabelecimento originalmente estadunidense que tem metodologia e objetivo adaptados no Brasil em face do controle do uso/abuso de álcool e outras drogas. Pauta-se na proposta dos “12 passos” ou “7 passos”, visando-se à abstinência em relação ao uso das substâncias, e à ruptura inicial de comunicação com o lugar de origem e familiares. Estão expressivamente localizadas nos empreendimentos de acolhimento terapêutico de caráter religioso. Alvo de significativas denúncias de tortura, maus tratos e tratamentos cruéis e degradantes, principalmente desde 2011, tem sido questionada por militantes e profissionais da área de Saúde Mental.

Referências

FAZENDA Esperança. Guaratinguetá, SP, ©2009. Disponível em: <http://www.fazendarenascer.org.br/novo/12passos.asp>. Acesso em: 10 set. 2015

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: 2011.

Condições de saúde da população

Refere-se ao conjunto de características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias apresentadas por uma determinada população em um determinado momento.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA. 2010. p. 125-6.

Condições do trabalho

Conjunto de aspectos vinculados ao ambiente onde se desenvolve um determinado processo de trabalho, e ao processo de trabalho em si, do ponto de vista das relações técnicas e das relações sociais, isto é, ao uso de tecnologias e às formas de gerenciamento e remuneração.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 126.

Condições sensíveis à atenção primária

As “Condições Sensíveis à Atenção Primária” (CSAP) representam, de acordo com Alfradique e colaboradores (2009, p. 1337), “Um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetivação da atenção primária diminuiria o risco de internações”. Ainda segundo essas autoras, o marco conceitual para as CSAP assume que, para algumas condições de saúde, a atenção básica oportuna e de boa qualidade pode evitar ou reduzir o risco de internações. Tal constatação implica dizer que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a hospitalização será realizada nos casos mais graves e raros.

Referência

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

Conferências de saúde

Eventos que reúnem representantes dos vários segmentos sociais direta ou indiretamente interessados na avaliação do sistema de saúde e na formulação de políticas para o seu desenvolvimento. No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), as conferências de saúde foram regulamentadas através da Lei nº 8.142, que estabelece a realização desses eventos em todas as esferas de gestão do SUS – nacional, estadual e municipal – com periodicidade compatível com os períodos de governo. Convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, as conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão: municipal, estadual e federal. Isso significa dizer que as deliberações das conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacionais. De acordo com a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, as conferências nacionais de saúde devem ocorrer a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais. Ver Gestão Estratégica e Participativa.

Referências

BRASIL. *Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 126.

Congresso Nacional

Órgão representativo do Poder Legislativo Federal, composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal. Reúne-se anualmente na Capital Federal de 02 de fevereiro a 17 de julho e de 1º de agosto a 22 de dezembro. Pode ser convocado extraordinariamente pelo Presidente da República, pelos Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal ou a requerimento da maioria dos membros de ambas as casas, em caso de urgência ou interesse público relevante.

Referência

CONGRESSO Nacional. In: GLOSSÁRIO Portal da Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/glossario/arquivos/glossario-em-formato-pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

Conjuntura política

Uma conjuntura representa a estrutura social em movimento. A observação dos fatos produzidos em um determinado período de tempo, cuja delimitação é relativamente arbitrária e da movimentação das forças sociais no processo político fornece elementos empíricos para a análise da conjuntura. Esta supõe a análise de relações de força, examinando um feixe de relações

contraditórias (PORTANTIERO, 1983) e visa ao conhecimento do desenvolvimento desigual dessas relações em cada um dos níveis que articuladamente compõem a totalidade social. Na análise de conjuntura política procura-se caracterizar as questões centrais que estão colocadas em evidência na luta social e política no período delimitado. Essas questões podem aparecer no debate de partidos políticos, governos, sindicatos e movimentos sociais, podendo também aparecer na mídia. (MAGNO, 2015; SOUZA, 1985) No caso da saúde, significa identificar as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e da atuação do Estado, as suas mediações com as condições e as práticas de saúde referentes às diferentes classes e grupos sociais e os enfrentamentos que se dão no âmbito da sociedade que impõem a ação reguladora, democrática ou coercitiva do Estado. (PAIM, 2002, 2008a) Para além das forças e dos fatos examinados na conjuntura, cabe identificar nessa análise os projetos em disputa e a posição de sujeitos sociais em relação aos mesmos. Assim, no caso da conjuntura política em saúde no período posterior a promulgação da Constituição de 1988 podem ser identificados três projetos: o mercantilista ou expansionista, o revisionista ou racionalizador e o da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). O primeiro privilegia a privatização da saúde, através da expansão dos planos de saúde e da adoção de organizações sociais (OS), parcerias público-privadas, terceirizações etc. O projeto racionalizador, enfatiza a eficiência no sistema de saúde, mas flexibiliza princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (revisionista) em função dos imperativos da ordem econômica e de interesses político-partidários. Já o projeto da RSB toma como referência o pensamento e a práxis do movimento sanitário através do Centro brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e de seus parceiros, defendendo o SUS democrático, como parte de uma reforma social mais ampla. (PAIM, 2008b)

Referências

- MAGNO, L. D. *Dos clamores das ruas aos rumores do Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil*. 2015. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
- PAIM, J. S. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.
- PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G.C.; LIMA, J. C. F. *Estado, sociedade e formação profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008b. p. 91-122.
- PORTANTIERO, J. C. Gramsci y el análisis de coyuntura (algunas notas). In: PORTANTIERO, J. C. *Los usos de Gramsci*. México: Folio Ed., 1983.
- SOUZA, H. J. *Como se faz análise de conjuntura*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

Conselhos de Saúde

Órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS, existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do sistema de saúde. Constituem instâncias de gestão participativa do SUS, instituídos formalmente através da Lei nº 8.142/90, que rege sua criação em todas as esferas de gestão do SUS nacional, estadual e municipal. Sua composição deve ser paritária, com 50% de representantes dos usuários do sistema e seu funcionamento regular assegura o cumprimento da sua missão, que envolve o monitoramento das condições de saúde, a formulação e acompanhamento da execução das políticas de saúde, inclusive do

gerenciamento dos Fundos de Saúde, entre outras atribuições e competências. Ver Gestão Estratégica e Participativa.

Referências

BRASIL. *Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 jan. 1190.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 126.

Consórcios públicos

Os Consórcios Públicos (CP) são parcerias formadas por dois ou mais entes da federação, para a realização de objetivos de interesse comum, em qualquer área. Eles podem discutir formas de promover o desenvolvimento regional e gerir rede de serviços de abrangência regional (tratamento de lixo, água e esgoto ou construir e gerir hospitais e escolas). Têm origem nas associações dos municípios, como já eram previstas na Constituição Federal Brasileira de 1937. Atualmente, muitos consórcios já funcionam, sendo que na área de saúde, cerca de 2.000 municípios fazem ações por meio destas associações. Porém, faltava a regulamentação da legislação dos consórcios para garantir regras claras de funcionamento e segurança jurídica. Assim, a Lei Federal nº 11.107/2005, dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos, determinando que os consórcios podem se constituir por associação pública ou pessoa jurídica de direito privado e, na área de saúde, devem obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde (SUS). Os CP viabilizam a gestão pública nos espaços metropolitanos em que a solução de problemas comuns só pode se dar por meio de políticas e ações conjuntas. O consórcio também permite que pequenos municípios ajam em parceria e, com o ganho de escala, melhorem a capacidade técnica, gerencial e financeira.

Referências

ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 3. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2002.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Constituição

Todo ordenamento estatal possui sempre um conjunto peculiar de princípios orgânicos característicos que o distinguia dos demais, mas só em tempos relativamente recentes se estendeu e consolidou a convicção de que tais princípios deveriam, em geral, ser reunidos em um documento formal, definido como constituição. Segundo a doutrina jurídica, entende-se por constituição aquele conjunto de princípios que se situam no vértice de qualquer sistema normativo, relativos a um número variado de entes, tais como os Estados, as organizações internacionais, a comunidade internacional. Qualquer ser, público ou privado, tem seus princípios

básicos indispensáveis e, por isso, uma constituição própria; mas só os seres chamados originários (isto é, autolegitimados) se consideram portadores de uma constituição, que vale e opera também para todos os seres derivados que se justificam por ela, estando diversamente vinculados ao ordenamento do ser originário e dependendo dele. Isso vale especialmente para os entes públicos abrangidos pelo ordenamento estatal. Representariam as opções essenciais referentes à forma de Estado ou regime, à organização e junções dos poderes públicos, e aos direitos e deveres dos cidadãos.

Referência

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. 11. ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1998. 1 v.

Continuidade do cuidado

Corresponde ao contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, que permite a oferta de uma atenção integral à saúde da população. Pode ser classificada em continuidade informacional (referente ao compartilhamento de informações acerca dos pacientes), continuidade interpessoal (comunicação entre os prestadores de serviços, onde os profissionais ganham confiança e estabelecem vínculos com seus colegas de trabalho, pacientes e famílias), continuidade longitudinal (corresponde ao caminho do indivíduo através do cuidado), continuidade da prestação de serviços (contato permanente com os serviços), continuidade do provedor de serviços, continuidade entre os níveis de cuidados, continuidade cronológica (garantia do cuidado ao longo do tempo), continuidade geográfica (prestação de cuidados independentemente do local) e continuidade interdisciplinar (corresponde ao tratamento de diversas patologias em um único paciente). (UIJEN et al., 2012; DURBIN et al., 2006 *apud* MEDINA, 2014)

Referência

MEDINA, M. G. *Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis*. Relatório de pesquisa: produto 3. Projeto de cooperação entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) ATN/OC-12233- BR: O Sistema Único de Saúde em Estados e Municípios, 2014.

Contrato organizativo da ação pública da saúde (COAPS)

Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Referência

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

Controle de qualidade de processos e produtos de saúde

O conceito de controle da qualidade foi elaborado nos anos 1950 e baseia-se na aplicação de técnicas para a determinação do momento em que os erros na produção de um determinado bem ou serviço começam a ultrapassar os limites da tolerância, gerando a necessidade de uma ação corretiva. Aplicado à saúde, o conceito de controle de qualidade abarca desde a adequação das ações e serviços prestados ao conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico existente (expresso em normas técnicas que regem a prestação dos serviços) até as chamadas “amenidades”, condições em que os serviços são oferecidos e prestados aos usuários, incluindo presteza, comodidade, conforto, aceitabilidade e satisfação com o mesmo.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 126.

Controle social (1)

A expressão controle social tem origem na sociologia. De forma geral é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social, disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados. Mannheim (1971, p. 178) a define como o conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem. Na teoria política, o significado de controle social é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado. Nos clássicos da política, expoentes do contratualismo moderno, Hobbes, Locke e Rousseau (jusnaturalistas cujos fundamentos estão guiados pela razão abstrata) o ponto em comum é o conceito de sociedade civil como sinônimo de sociedade política contraposta ao estado de natureza, em que o Estado é a instância que preserva a organização da sociedade, a partir de um contrato social. Dessa forma, diferem quanto à concepção de contrato social que funda o Estado. Hobbes atribuiu ao Estado poder absoluto de controlar os membros da sociedade, os quais lhes entregariam sua liberdade e se tornariam voluntariamente seus súditos. Para acabar com a guerra de todos contra todos e para garantir a segurança e a posse da propriedade, Locke limitou o poder do Estado à garantia dos direitos naturais à vida, à liberdade e, principalmente, à propriedade. O povo que, para Locke, era a sociedade dos proprietários, mantém o controle sobre o poder supremo civil, que é o legislativo, no sentido de que este cumpra o dever que lhe foi confiado: a defesa e a garantia da propriedade. Em toda a obra de Rousseau o Contrato Social perpassa a ideia do poder pertencente ao povo e/ou sob seu controle. O autor defendeu o governo republicano com legitimidade e sob controle do povo; considerava necessária uma grande vigilância em relação ao executivo, por sua tendência a agir contra a autoridade soberana (povo, vontade geral). Nessa perspectiva, o controle social é do povo sobre o Estado para a garantia da soberania popular. Para algumas análises marxistas, a burguesia tem no Estado, enquanto órgão de dominação de classe por excelência, o aparato privilegiado no exercício do controle social. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p. 108) Na economia capitalista, o

Estado tem exercido o controle social sobre o conjunto da sociedade em favor dos interesses da classe dominante, para garantia do consenso em torno da aceitação da ordem do capital. Esse controle é realizado através da intervenção do Estado sobre os conflitos sociais imanentes da reprodução do capital, implementando políticas sociais para manter a atual ordem, difundindo a ideologia dominante e interferindo no cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando a internalização de normas e comportamentos legitimados socialmente. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p. 109) A partir do referencial teórico do marxista italiano Gramsci, em que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, pode-se inferir que o controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade. Assim, o controle social é contraditório, pois ora é de uma classe, ora é de outra e está balizado pela referida correlação de forças. Na perspectiva das classes subalternas, o controle social deve se dar no sentido de estas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento econômico corporativo ao ético-político, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma reforma intelectual e moral vinculada às transformações econômicas. Essa classe deve ter como estratégia o controle das ações do Estado para que este incorpore seus interesses, na medida em que tem representado predominantemente os interesses da classe dominante.

Referências

CORREIA, M. V. C. Controle Social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 104-109.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

MANNHEIM, K. *Sociologia Sistemática: uma introdução ao estudo de sociologia*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1971.

Controle social (2)

Um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública.

[...] Implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados. (RAICHELIS, 2000, p. 54)

Referência

RAICHELIS, R. *Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 2000.

Cooperação internacional

A cooperação internacional para o desenvolvimento (CID) pode ser definida como um sistema de relações entre a política dos Estados e os interesses de atores não governamentais (empresas e associações), um conjunto de normas difundidas (ou, em alguns casos, prescritas) por

organizações internacionais e a crença generalizada de que a promoção do desenvolvimento em bases solidárias constituiria a solução para as contradições e as desigualdades geradas pelo capitalismo no plano internacional. Não sem contradições, o sistema da CID evolui em paralelo à geopolítica dos Estados, aos processos de descolonização, à ordem da Guerra Fria e à internacionalização do capitalismo. O sistema da CID envolve inúmeros atores, tanto dos chamados países doadores (tradicionais ou emergentes), quanto dos beneficiários (normalmente países de renda baixa ou, em alguns raros casos, países de renda média). Ambos encontram-se articulados por organizações não governamentais, *thinktanks* (usinas de ideias), centros de pesquisa, universidades, gabinetes de consultoria etc. que operam a mediação entre os “dois mundos”, razão pela qual podem também ser chamados atores-mediadores. Cada grupo de atores apresenta identidade, preferências, interesses e objetivos próprios, podendo agir com base em motivações políticas, de segurança nacional, por razões humanitárias ou morais, mas também por motivos econômicos e de defesa do meio ambiente. É evidente que o conjunto de relações entre os diferentes tipos de atores da CID (doadores, beneficiários e mediadores) também é reflexo da economia política internacional, ou seja, das assimetrias e hierarquias existentes entre o centro e a periferia, entre o Norte e o Sul do sistema internacional. Além disso, os atores-mediadores desempenham papel relevante na difusão das agendas, na legitimação dos ideários e, menos frequentemente, na organização de protestos e na definição de mecanismos de monitoramento e controle. Embora não haja um único arquiteto responsável pela fundação, manutenção e evolução da CID, o atual sistema da cooperação tem suas origens, majoritariamente, nas iniciativas norte-americanas logo após a segunda grande guerra.

Referência

MILANI; C. R. S. Cooperação internacional para o desenvolvimento In: IVO, A. B. L (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social*: 81 problemáticas contemporâneas. São Paulo: Annablume, 2013. p. 64-73.

Cooperação técnica/assessoria/apoio

Processo que envolve, geralmente, duas instituições que estabelecem acordos de cooperação para o desenvolvimento de atividades voltadas à transferência de conhecimentos e desenvolvimento de tecnologias entre uma e outra, mediante a realização de cursos, oficinas de trabalho, seminários, consultorias e assessorias a setores específicos. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de descentralização da gestão, com a redefinição de funções e competências entre as três esferas de governo, vem colocando o desafio de se estabelecer programas e atividades de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, bem como destas com as Secretarias Municipais de Saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 127.

Coordenação do cuidado (1)

Apesar de existirem inúmeros estudos na literatura internacional sobre coordenação dos cuidados, pode-se afirmar que ainda persistem dificuldades na definição do seu significado. Vários termos e modelos têm sido utilizados como sinônimos ou em conjunto. Dentre estes,

estão frequentemente associados: coordenação, colaboração, trabalho em equipe, continuidade do cuidado, gestão da doença, gestão de casos, gestão do cuidado e o chamado modelo de atenção às condições crônicas. É difícil interpretar a relação entre estes conceitos e chegar a um denominador comum sobre o que seria, de fato, a coordenação do cuidado. (BROWN et al., 2004; MCDONALD; HARRIS, 2011) Coordenar o cuidado envolve a gerência de serviços para criar um sistema abrangente, que viabilize uma experiência contínua do usuário pelo sistema de saúde, a coordenação dos prestadores para incentivar o trabalho em equipe e o conhecimento compartilhado e a coordenação de serviços para viabilizar a criação de uma rede integrada. (EHRlich; KENDALL; MUENCHBERGER, 2012) Para outros autores, a coordenação do cuidado pode ser considerada como um conjunto de práticas que visam conectar ações e serviços de saúde entre diferentes fontes, por meio de mecanismos específicos, de modo que a atenção seja sincronizada e alcance um objetivo comum, com menores possibilidades de produção de conflitos. (FEÓ; CAMPO; CAMACHO, 2006; GITTELL, 2000; NÚÑEZ; LORENZO; NAVERRETE, 2006) Em um estudo de revisão sistemática sobre coordenação do cuidado, sua definição se aproxima de uma organização deliberada da atenção à saúde, entre diferentes profissionais envolvidos no tratamento de uma condição, a fim de facilitar a adequada prestação do cuidado. A organização da atenção envolve a triagem de pessoal e recursos necessários, o gerenciamento e a troca de informações entre os profissionais responsáveis por aspectos distintos do tratamento. (MCDONALD; HARRIS, 2011) Na concepção de Starfield (2002), a coordenação do cuidado traduz a ideia de unir o todo em uma perspectiva de harmonia ou esforço comum. Sem a coordenação, a longitudinalidade perderia muito do seu potencial e a integralidade seria dificultada. Poucas concepções sobre coordenação do cuidado são encontradas na literatura nacional, tendo em vista a escassez de correntes teóricas e de estudos avaliativos a respeito desse tema, tanto no Brasil como na América Latina. Ainda assim, foram encontradas algumas definições importantes que relacionam o ato de coordenar o cuidado com propostas como o apoio matricial, a organização de fluxos assistenciais, o acompanhamento e gestão de projetos terapêuticos, a gerência de listas de espera, a organização de protocolos assistenciais, dentre outros. Coordenar a atenção do usuário significa participar de todas as decisões ou propostas terapêuticas, sendo o coordenador do cuidado o responsável pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Refere-se, portanto, à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de forma longitudinal. (CUNHA; CAMPOS, 2011)

Referências

- BROWN, R. et al. *Coordinating care for Medicare beneficiaries: early experiences of 15 demonstration programs, their patients, and providers*. Princeton, 2004. Report to Congress. Disponível em: < <https://innovation.cms.gov/Files/reports/Best-Prac-Congressional-Report.pdf> >. Acesso em: Aug. 2012.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- EHRlich C.; KENDALL E.; MUENCHBERGER H. Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators. *Contemp Nurse*, Maleny, v. 42. n. 1, p. 67-75, Aug. 2012.
- FEÓ, J. J. O.; CAMPO, J. M. F, CAMACHO, J. G. La coordinación entre atención primaria y especializada? Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Revista de Administración Sanitaria* , v. 4, n. 2, p. 357-82, 2006.

GITTELL, J. H. Organizing work to support relational coordination. *International Journal of human resource management*, London, v. 11, p. 517-539, 2000

McDONALD, J. ; HARRIS, M. F. Primary health care service delivery networks for the prevention and management of type 2 diabetes: using social network methods to describe interorganisational collaboration in a rural setting. *Australian journal of primaryhealth*, Melbourne, v. 17, n. 3, p. 259-67, 2011.

MEDINA, M. G. Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis. Relatório de pesquisa: produto 3. Projeto de cooperação entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) ATN/OC-12233- BR: O Sistema Único de Saúde em Estados e Municípios, 2014.

NUNEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gazeta Sanitaria*, Barcelona, v. 20, n. 6, 2006.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br./sus/publicacoes/atencao-primaria-p1.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

Coordenação do cuidado (2)

Na concepção adotada pelo Ministério da Saúde (MS), a coordenação do cuidado é definida como a capacidade de promover a continuidade da atenção, na medida em que os profissionais de saúde devem realizar monitoramento constante das distintas condições, articulando-se com os diversos pontos de atenção do sistema. (BRASIL, 2010) Desse modo, o ato de coordenar o cuidado deve corresponder à elaboração, acompanhamento e à gestão de projetos terapêuticos, à organização de fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, à gestão de listas de espera, à organização de protocolos de cuidado, além de realização da discussão e análise de casos. (BRASIL, 2006b, 2011b) Com base nas distintas concepções sobre coordenação do cuidado, para fins deste capítulo iremos defini-la como um processo que visa integrar serviços de saúde, em que distintos profissionais utilizem mecanismos e instrumentos específicos para estabelecer fluxos, para trocar informações sobre usuários e seu processo assistencial, para referenciar e contrarreferenciar usuários com diferentes necessidades de saúde, entre serviços localizados no mesmo ou em distintos níveis de atenção, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral em local e tempo oportunos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

SANTOS, A. M.; ALMEIDA, P. F.; BONFIM DE SOUZA, M. K. (Org.). *Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde*. Salvador: EDUFBA, 2015. cap. 4.

Coordenação do cuidado (3)

Coordenação do cuidado corresponde a uma organização deliberada da atenção à saúde entre diferentes profissionais envolvidos no tratamento de uma condição, a fim de facilitar a adequada prestação do cuidado. A organização da atenção envolve a triagem de pessoal e recursos necessários, o gerenciamento e a troca de informações entre os profissionais responsáveis por aspectos distintos do tratamento. (EHRlich; KENDALL; MUENCHBERGER, 2012; MCDONALD *et al*, 2007; WENGER; YOUNG, 2004) O processo de coordenação do

cuidado teria como principais objetivos a promoção da continuidade assistencial, a melhoria da qualidade e o potencial de interferir na redução dos custos da atenção à saúde. (LORENZO; NAVARRETE, GERVAS; 2007; RICO, 2005; CHEN et al, 2000)

Referências

CHEN, A. et al. *Best practices in coordinated care*. Princeton, NJ, 2000. MPR Reference No.: 8534-004. Disponível em: <http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/CC_Full_Report.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

EHRlich C.; KENDALL E.; MUENCHBERGER H. Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators. *Contemp Nurse*, Maleny, v. 42. n. 1, p. 67-75, Aug. 2012.

GERVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *Semergen*, Madrid, v. 31, n. 9, p. 418-23. 2005.

LORENZO, I.V.; NAVARRETE, M. L.V. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en las organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 21, n. 2, p. 114-23, 2007.

MCDONALD, K. M. Et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. *Care Coordination*, Rockville, n. 4, v.7, p.-0051-7, jun. 2007

MEDINA, M. G. *Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis*. Relatório de pesquisa: produto 3. Projeto de cooperação entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) ATN/OC-12233- BR: O Sistema Único de Saúde em Estados e Municípios, 2014.

WENGER, N. S.; YOUNG, R. *Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elder Person*. Los Angeles: UCLA Department of medicine, 2004. Working Paper.

Critérios, indicadores e padrões

Os critérios são aspectos dos componentes da intervenção selecionados para avaliação. Podem ser parte da estrutura, processo e resultado. Indicadores são razões ou proporções entre as variáveis ou critérios. Padrões são medidas quantitativas ou características qualitativas daquilo que é considerado de boa qualidade.

Referência

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

Cuidado integral à saúde

A expressão enfatiza a busca de integralidade que caracteriza o debate contemporâneo sobre a organização dos serviços e ações de saúde. Ver Integralidade.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 127.

Cuidados de saúde

Ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, bem como o diagnóstico e tratamento de doenças e ações de reabilitação das capacidades reduzidas por efeito de doenças ou acidentes. Corresponde ao original inglês “healthcare”.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 127.

Cultura e práticas saudáveis de saúde

Conjunto de conhecimentos e valores compartilhados por um determinado grupo ou uma população, voltados para a promoção de condições de vida saudáveis, aí incluídos a participação em processos de formulação e implementação de políticas públicas que tenham como objetivo a preservação de condições ambientais, a melhoria das condições de reprodução econômica e social e o estímulo à adoção de comportamentos compatíveis com a preservação da saúde individual e coletiva.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 127.

Cultura organizacional

Conjunto de comportamentos, rituais, normas, costumes de uma organização ou entidade. No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) o termo ganha importância pelo fato de que a unificação do sistema implica na integração de instituições que têm diversas culturas organizacionais, como é o caso da integração das estruturas nacionais e regionais do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde (MS) e à Secretaria Estadual da Saúde (SES), à incorporação da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e esta ao MS etc.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 127.

Definição dos objetivos

Processo de construção de uma imagem-objetivo em cada área, ou ao menos a definição da situação-objetivo, tomando como base os problemas considerados prioritários. Cabe registrar a importância dos objetivos (políticas), definidos em função dos resultados que se pretende alcançar com relação aos problemas selecionados no curto prazo, ou seja, levando em conta o período de governo.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 128.

Demanda espontânea

Indivíduo ou conjunto de indivíduos que procuram os serviços de saúde seja por problemas agudos, ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde, sem vinculação pré-definida a programas voltados à prevenção e controle de problemas prioritários da população. Ver Demanda programada.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção à demanda espontânea na APS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica, 2010. p. 8. (Caderno de atenção básica, n. 28, v. 1).

Demanda por serviços de saúde

Procura da população por serviços de saúde em busca de resposta às necessidades e solução para problemas. Pode-se distinguir a demanda potencial da efetiva, em função do afluxo da população aos serviços e ainda a demanda reprimida (no caso dos estabelecimentos de saúde não terem capacidade de oferta compatível com o atendimento ao volume e tipo de serviço demandado) da demanda atendida, distinção necessária em processos de avaliação da acessibilidade, cobertura e capacidade resolutiva (resolutividade) dos serviços de saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, CF. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p.128.

Demanda programada

Aquela que é agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de ação prévia à consulta, sendo um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compõe a rede de Atenção Primária à Saúde pautada em ações preventivas. Resulta, portanto, de um processo desenvolvido pela equipe de profissionais e trabalhadores de saúde que contempla a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população de um determinado território

e, conseqüentemente, da programação de ações voltadas ao atendimento desses problemas e necessidades, o que implica na sensibilização e mobilização de indivíduos, famílias e grupos sociais afetados para que procurem os serviços de saúde e se vinculem às ações oferecidas por estes. A programação da oferta e conseqüentemente a conformação de uma demanda programada é particularmente importante no caso do controle de condições crônicas, que exigem uma atenção contínua.

Referência

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *PHYSIS: revista saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 83-97, 2006.

Descentralização

Processo de transferência de poder e responsabilidades do nível central aos níveis periféricos de um sistema. No caso do sistema de serviços de saúde brasileiro, trata-se da redefinição de funções e responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, paralelamente à transferência de recursos (financeiros, humanos e materiais) que passam do controle federal para o controle estadual e municipal.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 128.

Descriminalização de drogas

No contexto legislativo, o tema das drogas era considerado causa de prisões penais no Brasil durante quase todo o século XX. A lei federal nº 11.343/2006 propõe a despenalização do crime de uso, mantendo-o delito, porém, sem ensejar pena privativa de liberdade, mas restritiva de direitos. A descriminalização refere-se à retirada da prática de uso e comércio de drogas – a depender da corrente acadêmica e da concepção vigente em determinados movimentos sociais – do âmbito penal, com ênfase na sua incorporação ao campo da saúde e da educação.

Referências

BOITEAUX, L. et al. *Tráfico de drogas e constituição*. Rio de Janeiro: UFRJ; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2009. Projeto de Pesquisa apresentado ao Ministério da Justiça/ PNUD, no Projeto “Pensando o Direito”, Referência PRODOC BRA/08/001.

BRASIL. Lei n. 11. 343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

Desenvolvimento organizacional

Técnica da ciência do comportamento utilizada no âmbito da administração pública ou privada, visando o aumento da capacidade de uma organização adaptar-se às mudanças no ambiente externo, redefinindo sua missão, estruturas e práticas com a finalidade de melhorar seu desempenho.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 128.

Desigualdades em saúde

Termo genérico que pode conotar um conjunto heterogêneo de desigualdades entre indivíduos e grupos sociais com relação a diferentes aspectos do processo saúde-doença-cuidado, como por exemplo, as desigualdades entre grupos sociais no que diz respeito à exposição a determinados riscos, em função das suas condições e modos de vida, as desigualdades entre grupos no que diz respeito à ocorrência de determinados agravos à saúde (doenças e acidentes) e ainda, a desigualdade entre grupos sociais no que diz respeito ao acesso e consumo de serviços de saúde em quantidade e qualidade. (BARATA, 1997)

Referências

BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 128.

Determinantes de saúde

Noção que abarca um conjunto de elementos estruturais e históricos que determinam e condicionam a ocorrência e distribuição de fenômenos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado em indivíduos, grupos e populações. Incluem fatores de ordem genético-hereditária (determinação biológica), ambientais (determinação ecológica), econômicos (determinação econômica), comportamentais (determinação cultural) e sócio-sanitários (relacionados com o acesso a serviços de saúde, em quantidade e qualidade compatíveis com a promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva).

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 129.

Determinantes sociais de saúde

De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como: moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Estudos sobre determinantes sociais apontam que há distintas abordagens possíveis. Além disso, que há uma variação quanto à compreensão sobre os mecanismos que acarretam em iniquidades de saúde. Por isso, os determinantes sociais não podem ser avaliados somente pelas doenças geradas, pois influenciam todas as dimensões do processo de saúde das populações, tanto do ponto de vista do indivíduo, quanto da coletividade na qual ele se insere. Entre os desafios para entender a relação entre determinantes sociais e saúde está o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica,

política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não havendo uma simples relação direta de causa-efeito. Daí a importância do setor saúde se somar aos demais setores da sociedade no combate às iniquidades. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são importantes neste processo, além da própria conscientização do indivíduo sobre sua participação pessoal no processo de produção da saúde e da qualidade de vida.

Referência

DETERMINANTES Sociais. Pense SUS: SUS de A a Z. Fiocruz, Rio de Janeiro, [200?]. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>. Acesso em: 28 out. 2015.

Direito à saúde

A saúde consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, que define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas. No contexto brasileiro, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. No entanto, direito à saúde não se restringe apenas a poder ser atendido no hospital ou em unidades básicas. Embora o acesso a serviços tenha relevância como direito fundamental, o direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente relacionada à tomada de responsabilidade por parte do Estado. A ideia do SUS é maior do que simplesmente disponibilizar postos de saúde e hospitais para que as pessoas acessem quando precisem. A proposta é que seja possível atuar antes disso, através dos agentes de saúde que visitam frequentemente as famílias para antecipar os problemas e conhecer suas realidades, encaminhando as pessoas para os equipamentos públicos de saúde quando necessário. (DIREITO..., [201?])

Referência

DIREITO à Saúde. PENSE SUS: SUS de A a Z. Fiocruz, Rio de Janeiro, [201?] Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/direito-a-saude>>. Acesso em: 28 out. 2015.

Direitos humanos (1)

Os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. Os direitos humanos incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre muitos outros. Todos merecem esses direitos, sem discriminação. O [Direito Internacional dos Direitos Humanos](#) estabelece as obrigações para os governos

agirem de determinadas maneiras ou de se absterem de certos atos, a fim de promover e proteger os direitos humanos e as liberdades de grupos ou indivíduos. Desde o estabelecimento das Nações Unidas, em 1945 – em meio ao [forte lembrete sobre a barbárie da Segunda Guerra Mundial](#) – um de seus objetivos fundamentais tem sido promover e encorajar o respeito aos direitos humanos para todos, conforme estipulado na [Carta das Nações Unidas](#).

Referência

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. ONU, Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/definicao/>>. Acesso em: 29 out. 2015.

Direitos humanos (2)

Os direitos humanos são inaliáveis e universais, inerentes à condição humana. Prevalencem sobre fronteira e nacionalidades, são inegociáveis e têm precedência sobre a soberania dos Estados. Abrangem direitos individuais e coletivos, específicos, tanto direitos civis e políticos como direitos sociais, econômicos e culturais. São extensos a todos os seres humanos, crianças, mulheres, povos indígenas, pessoas em exílio. Todos os direitos humanos são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados: assim como a liberdade de expressão depende do direito à saúde e à educação, o pleno exercício dos direitos culturais depende de liberdades civis. A garantia dos direitos humanos tem por objetivo erradicar violências diversas, desde a tortura até o racismo e a pobreza. Os direitos humanos apresentam uma dimensão social incontornável porque a pobreza limita sua realização. Normas internacionais declaram a pobreza extrema e a exclusão social como violações à dignidade humana por inibirem o pleno e efetivo exercício dos direitos humanos, e estabelecem também sua interdependência com a democracia e o desenvolvimento, posto que os três se reforçam mutuamente (Declaração de Direitos Humanos de Viena 8/14). Portanto, os direitos humanos melhoram a qualidade democrática e consolidam contextos democráticos, estando ambos intrinsecamente vinculados à ideia de desenvolvimento – esse último um direito fundamental em si mesmo e que permite a busca e o alcance de outros direitos. Amartya Sen (1999) considera que a acumulação das liberdades é, ao mesmo tempo, o objetivo central do desenvolvimento e um instrumento crucial para promovê-lo. Além de a proteção indiscriminada dos direitos humanos serem responsabilidade dos Estados, os indicadores desses direitos tornaram-se um barômetro do seu desenvolvimento. Os direitos humanos são fruto de um constructo jurídico internacional recente. Sua institucionalização começa com a Declaração Universal de Direitos Humanos das Nações Unidas em 1948. A Declaração representa, em parte, a culminação de ideais que emergem com a Declaração de Independência dos Estados Unidos (1776), a Revolução Francesa (1789) e a Revolução do Haiti (1791-1804), mas é também uma resposta política imediata à atrocidade do holocausto na Segunda Guerra Mundial. Essa declaração de princípios, apesar de não ser vinculante, cria um marco jurídico que estabelece os direitos humanos e seus valores como norma política da comunidade internacional.

Referência

PICQ, M. L. Direitos humanos e questão social. In: IVO, A. L. (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social*: 81 problemáticas contemporâneas. São Paulo: Annablume, 2013. p. 190-195.

SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

Direitos reprodutivos

Os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis e documentos nacionais e internacionais e em outros documentos e acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. No exercício desse direito, devem levar em consideração as necessidades de seus filhos atuais e futuros e suas responsabilidades para com a comunidade. A promoção do exercício responsável desses direitos por todo indivíduo deve ser a base fundamental de políticas e programas de governos e da comunidade na área da saúde reprodutiva, inclusive o planejamento familiar. Ver Planejamento Familiar/Reprodutivo.

Referência

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: plataforma de Cairo*, 1994. Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

Direitos sociais

Os direitos sociais são aqueles que têm por objetivo garantir aos indivíduos condições materiais tidas como imprescindíveis para o pleno gozo dos seus direitos, por isso tendem a exigir do Estado uma intervenção na ordem social que assegure os critérios de justiça distributiva. Diferentemente dos direitos à liberdade, os direitos sociais se realizam por meio de atuação estatal com a finalidade de diminuir as desigualdades sociais, por isso tendem a possuir um custo excessivamente alto e a se realizar em longo prazo. Tais direitos surgiram nos moldes atuais em decorrência da Revolução Industrial no século XIX, que passa a substituir o homem pela máquina, gerando como consequência o desemprego em massa, centuriões de misérias e grande excedente de mão-de-obra. Isso ocasionou evidentemente desigualdade social e fez com que o Estado se visse diante da necessidade de proteção ao trabalho e a outros direitos como saúde, educação, lazer, entre outros. Contudo, os direitos sociais tiveram realmente seu ápice com o marxismo e o socialismo revolucionário que trouxeram, no século XX, uma nova concepção de divisão do trabalho e do capital. Por isso, entende-se que os direitos sociais foram aceitos nos ordenamentos jurídicos por uma questão política e não social, para evitar que o socialismo acabasse por derrubar o capitalismo. O artigo 6º da Constituição Federal de 1988 se refere de maneira bastante genérica aos direitos sociais por excelência, como o direito à saúde, ao trabalho, ao lazer entre outros. Partindo desse pressuposto, os direitos sociais buscam a qualidade de vida dos indivíduos, no entanto, apesar de estarem interligados, faz-se necessário ressaltar e distinguir as diferenças entre direitos sociais e direitos individuais. Portanto, os direitos sociais como dimensão dos direitos fundamentais do homem são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos. Os direitos que tendem a realizar a equalização de situações sociais desiguais, são, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Na sua grande maioria,

os direitos sociais dependem de uma atuação do Estado, razão pela qual grande parte dessas normas é de eficácia limitada. Ainda, valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que cria condições materiais mais propícias ao aferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. A Constituição Federal de 1988 teve uma grande preocupação especial quanto aos direitos sociais do brasileiro, estabelecendo uma série de dispositivos que assegurassem ao cidadão todo o básico necessário para a sua existência digna e para que tenha condições de trabalho e emprego ideais. Em suma, todas as formalidades para que se determinasse um Estado de bem-estar social para o brasileiro foram realizadas e estão na Constituição Federal de 1988.

Referência

PESSOA, E. A. *A Constituição Federal e os direitos sociais básicos ao cidadão brasileiro*. Rio Grande, 2017.

Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9623>. Acesso em: 03 nov. 2015.

Educação continuada

Conjunto de experiências subsequentes à formação inicial que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência como atributo individual. Dessa forma, pode ser entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização com propósito de atualização, destinada ao desenvolvimento de potencialidades para a mudança de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de transformação de sua prática, definida por meio de metodologias formais.

Referências

DAVINI, M. C. Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. 109-25. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100).

PASCHOAL, A. S. *O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal*. 2004. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador (a) de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 298-311, maio/ago. 2000.

Educação permanente

O termo Educação Permanente aparece nos anos 1960 nos trabalhos publicados na Comissão Europeia e na Organização para a Educação, a Ciência e a Cultura das Nações Unidas. (UNESCO) (RYAN, 1999) Dez anos depois Furter (1974) a define como:

Um processo ininterrupto de aprofundamento tanto da experiência pessoal como da vida coletiva que se traduz pela dimensão educativa que cada ato, cada gesto, cada função assumirá, qualquer que seja a situação em que encontramos qualquer que seja a etapa de existência que estejamos vivendo.

No Brasil e na América Latina o termo surge alguns anos depois, com concepção distinta, para se contrapor ao termo Educação Continuada. A Educação Continuada seria, segundo Ricas (1994), um enfoque técnico, com atividades de ensino após a graduação para atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida. Dessa forma, esse enfoque tem como características a formação para o trabalho, de modo pontual e com o objetivo de responder às lacunas na atuação técnica dos profissionais. Essa concepção teria se difundido por meio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), nos anos 1970. Já a Educação Permanente, apresenta-se como alternativa a esse modelo de qualificação profissional e representa os esforços de vincular a formação em saúde e o processo ensino-aprendizagem às situações de trabalho, com vistas à transformação de valores e conceitos dos profissionais. Coloca o sujeito no centro do processo de ensino-aprendizagem, sendo destacado por Davini (1995) como uma modalidade de educação que visa à melhoria do processo de trabalho, da equipe e

qualidade da atenção e transformação do serviço de saúde. Portanto, a Educação Permanente não se reporta às ideias de melhoria contínua, mas tem como compromisso fundamental a transformação do trabalho, seja para a reorganização e melhoria da gestão, seja para a qualidade dos serviços, seja para o controle social. (BRASIL, 2003) A Educação Permanente corresponde a um processo organizado para os trabalhadores da saúde – entendidos como sujeitos que constroem e organizam seu próprio conhecimento e sua aprendizagem – que ocorre em interação com a sua equipe de trabalho. Pode-se afirmar então que a pedagogia orientadora desses processos corresponde à “pedagogia do trabalho”, compreendida como aquela em que o ser humano, ao trabalhar, estaria se formando e dando sentido ao seu mundo – ao mundo do trabalho, imbricado à sua existência e da sociedade em que vive. Trabalho esse dialeticamente considerado em uma dupla dimensão: criação e na reprodução da vida humana e sua capacidade de alienar e conscientizar o homem. (MARX, 1978) Representa, portanto, uma tentativa transformadora das práticas humanas e de saúde, “desalienando” os sujeitos, e por sua vez, favorecendo ao desenvolvimento de sua consciência crítica sobre a realidade social em que os trabalhadores estão inseridos. (FRIGOTO, 2008) Em síntese, a Educação Permanente consiste em processos educativos que visam à transformação dos processos de trabalho e dos trabalhadores. Considera o trabalho como o princípio educativo e por meio dele visam constituir sujeitos críticos e transformadores da realidade onde se inserem.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- FRIGOTTO G. Trabalho. In: DICIONÁRIO de educação profissional. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 399-407.
- FURTER, P. *Educação Permanente e desenvolvimento cultural*. Petrópolis: Vozes, 1974.
- HAADAD, D. M. C. *Educación permanente em salud*. Washington D.C.: OPAS, 1995.
- MARX, K. The Grundrisse. In: TUCKER, R. C. (Ed.). *The Marx-Engels: reader*. 2. ed. New York: W.W Norton, 1978.

Efetividade

Refere-se ao nível de contribuição de um programa ou serviço de saúde na consecução de metas e objetivos fixados, a fim de reduzir as dimensões de um problema ou melhorar uma situação de saúde considerada insatisfatória. Distingue-se, portanto, da eficácia, considerada a medida da capacidade de um determinado produto ou serviço gerar o efeito desejado em condições ideais (experimentais). Ver eficácia.

Referência

- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, CF. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 129.

Eficácia

Na teoria das organizações e na administração, o termo eficácia, utilizado em processos de avaliação de programas e serviços, refere-se ao grau de consecução dos objetivos. Na área de avaliação em saúde remete às condições controladas e aos resultados desejados de ações e

experimentos, a exemplo do teste de medicamentos e outras tecnologias em saúde, critérios estes que não se aplicam automaticamente às características e realidade dos programas sociais. Na avaliação dos efeitos dos programas sociais e de saúde, portanto, comumente se usa o termo efetividade. Ver Efetividade.

Referências

PINAULT, R.; DAVELUY, C. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estratégicas*. Barcelona: Masson Ed., 1987. p. 338.

RIBEIRO, E. A. W. Eficiência, efetividade e eficácia do planejamento dos gastos em saúde. *Hygeia: revista brasileira de geografia médica e da saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 27-46, 2006.

Eficiência

Também chamada de rentabilidade, a eficiência representa os efeitos obtidos por um determinado programa ou serviço de saúde em relação aos recursos investidos, traduzidos em termos monetários. (PINEAULT; DAVELUY, 1987) A eficiência denota a competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços, dados que, por sua vez, remetem à avaliação para considerações de benefício e custo dos programas sociais, ou seja, os investimentos que foram mobilizados devem produzir os efeitos desejados. Ver Avaliação econômica.

Referências

PINAULT, R.; DAVELUY, C. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estratégicas*. Barcelona: Masson Ed., 1987. p. 338.

RIBEIRO, E. A.W. Eficiência, efetividade e eficácia do planejamento dos gastos em saúde. *Hygeia: revista brasileira de geografia médica e da saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 27-46, 2006.

Emergências de saúde pública

Trata-se de situações que exigem intervenção imediata das autoridades responsáveis pela Saúde Pública, no sentido de controlar os danos causados por algum desastre natural ou provocado pela ação humana, como é o caso das inundações, terremotos, furacões, guerras ou acidentes com material nocivo à saúde, no sentido de evitar epidemias e garantir a assistência às populações atingidas.

Referência

TEIXEIRA, CF. Glossário. In: TEIXEIRA, CF. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 130.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

A EBSERH é uma empresa pública (em conformidade com o Decreto-Lei nº 200/1967, no qual empresa pública é a entidade dotada de personalidade jurídica de Direito Privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criada por lei para exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito). Seu projeto de criação tramitou em intenso debate Legislativo, devido a inicial condição de Sociedade Anônima e posicionamentos contrários dos sindicatos de docentes e servidores técnicos, associação de reitores e Conselho Nacional de Saúde. Mas sua criação legal decorreu da aprovação

da Lei nº 12.550/ 2011 e seu funcionamento deve respeitar o Estatuto Social aprovado pelo Decreto nº 7.661/2011. A EBSEH está vinculada ao Ministério da Educação e objetiva personalizar serviços de assistência à saúde prestados pelos Hospitais Universitários sob a modelagem jurídico-institucional de empresa pública, sem fins lucrativos, integralmente inserida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Referências

ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Enfoque sistêmico

Abordagem ao estudo das organizações, baseada na teoria dos sistemas, desenvolvida originalmente na biologia e posteriormente nos estudos sobre cibernética e teoria da informação. O enfoque sistêmico foi incorporado aos estudos na área de administração e planejamento em saúde, a partir dos anos 1960 do século passado, e ganhou proeminência com o debate acerca da reorientação de sistemas de saúde desencadeado pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978. De um modo geral define-se um sistema de saúde como o conjunto coerente de partes componentes relacionadas entre si, cujo objetivo comum deve ser produzir um efeito combinado na saúde da população de uma determinada área. Ver Sistema de serviços de saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 130.

Entidades privadas sem fins lucrativos qualificadas pelo poder público

Entre os modelos jurídico-institucionais privados situam-se as Organizações Sociais (OS), as Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as Fundações, os Estabelecimentos Filantrópicos e Beneficentes, as Organizações da Sociedade Civil (OSC) e os serviços privados.

Referências

ANDREWS, C.W.; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Equidade

Diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. A construção da equidade em saúde implica na identificação das necessidades sociais e das necessidades de serviços de saúde dos diversos grupos da população e na reorganização dos serviços e redistribuição dos recursos de modo a atender, de forma diferenciada, os diversos grupos da população.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 130.

Estado

O Estado expressa a organização política de uma sociedade. Ele concentra o poder político e o uso legítimo da força. O Estado moderno constitui-se, especialmente, a partir dos séculos XV e XVI, a partir de três componentes centrais (território, povo e soberania), posteriormente organizados nos chamados três poderes: o executivo, o legislativo e o judiciário. O Estado, mediante instrumentos jurídicos e políticos, garante a ordem numa sociedade de modo que as dimensões da coerção e das leis tendem a aparecer mais que outras. Entretanto, a partir do século XIX, com o desenvolvimento das sociedades capitalistas, foi destacada uma dimensão econômica, indicando a contribuição do Estado tanto na garantia de contratos quanto no que diz respeito à reprodução das relações sociais de produção e à acumulação do capital. Naquela época chegou-se a considerar que o Estado não era “nada mais nada menos” que um comitê de negócios da burguesia. Na chegada do século XX o Estado passa a ser examinado para além de aparelhos repressivos e de aparelhos econômicos, sendo apontados aparelhos de hegemonia ou aparelhos ideológicos de Estado que permitem construir o consenso na sociedade, articulando os poderes político (força), econômico (riqueza) e ideológico (saber). Distintos enfoques teóricos têm sido utilizados para o estudo do Estado e, conseqüentemente, das políticas públicas, inspirados em três conjuntos de concepções filosóficas: liberais (Hobbes, Locke, Kant, Tocqueville, Croce), democráticas (Rousseau) e marxistas (Marx, Engels, Lênin, Gramsci, Poulantzas etc.). Entre os autores marxistas, o Estado pode ser definido como uma condensação material de uma relação de forças (POULANTZAS, 1981) ou como todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não só o seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados. (GRAMSCI, 1980) Para liberais e democráticos o Estado “é uma associação singular, cujo governo possui uma extraordinária capacidade de obter obediência a suas regras pela força, pela coerção e pela violência, entre outros meios”. (DAHL, 2001, p. 57) Entre as abordagens e autores contemporâneos que contemplam o Estado e poder político podem ser destacados: a) Estado árbitro (teorias do poder pluralista equilibrado, da elite no poder, dos sistemas e do weberianismo); b) Estado como instrumento (politicista e economicista) c) Estado ampliado (Gramsci); d) Estado como relação (Poulantzas); e) Estado como seletividade estrutural (Claus Offe); f) Estado como derivação (Hirsch, O’Donnel); g) estruturalista (Foucault, Althusser); h) pós-estruturalista (Bourdieu); i) consensual (Habermas, Prezworsky). Como não é possível aprofundar o conceito do Estado, nem desenvolver as distintas concepções filosóficas, abordagens

contemporâneas e pensamentos de autores relevantes sobre o poder político neste verbete, as seguintes referências bibliográficas iniciais podem ser consultadas nessa perspectiva.

Referências

- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. 13. ed. Brasília, DF: Ed. UNB, 2010.
- DAHL, R. A. *Sobre a democracia*. Brasília: Ed. da Universidade de Brasília, 2001. p. 57.
- FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- GRUPPI, L. *Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci*. 12. ed. Porto Alegre: L&PM Editores, 1980.
- LINERA, A. G. *A construção do Estado. Margem Esquerda: ensaios marxistas*, São Paulo, v. 15, p. 25-33, 2010.
- NAVARRO, V. Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. In: PROGRAMA de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: PEC: ENSP: ABRASCO, 1983. (Textos de Apoio, Ciências Sociais 1).
- PAIM, J. S. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saude Coletiva, 2002.
- POULANTZAS, N. *O Estado, o poder e o socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- THERBORN, G. As teorias do Estado e seus desafios no fim do século. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). *Pós-neoliberalismo I: que Estado para que democracia?* Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p. 79-89.

Estado de bem-estar social (Welfare State)

Conjunto de políticas que convergem para a inclusão de todo o conjunto da sociedade em determinados padrões de vida caracterizados por acesso amplo aos serviços e benefícios em diversas áreas, independente da situação do indivíduo no mercado de trabalho.

Referência

- LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004. p. 68

Estado Social

Estado Social é uma expressão comumente usada para designar o Estado capitalista que a partir do segundo pós-guerra assumiu a responsabilidade de prover, como direito de cidadania, um mínimo de bem-estar social a seus cidadãos. Essa definição assemelha-se, conforme Gough (2003), à concepção socialdemocrata de Estado como “Casa do Povo” *Folkhemmet*, idealizada na Suécia pelo político Gustav Möller, no período entre guerras (1915-1945), e à visão de T. H. Marshall, de Estado de Bem-Estar (*Welfare State*), adotada na Grã-Bretanha, nos anos 1940. Para ambos, o Estado Social teria duas grandes obrigações: (i) garantir os direitos sociais dos cidadãos, por meio de prestação de serviços sociais universais e de assistência (material ou financeira) aos que caíssem na pobreza ou não pudessem trabalhar; (ii) assegurar o cumprimento dessas obrigações à comunidade nacional. Por essa perspectiva, o Estado Social configurava uma promessa de proteção a todos, do berço ao túmulo, sem distinção de status ou classe social, uma vez que seu poder seria utilizado para controlar os efeitos perversos das forças do mercado sobre a vida dos cidadãos. Por ter sido na Grã Bretanha que esse perfil de Estado se tornou mais evidente – graças ao prestígio mundialmente alcançado pelo Relatório de Seguro Social e Serviços Afins, produzido em 1942, sob a coordenação de William

Beveridge –, a noção de Estado Social ficou inextricavelmente ligada ao Sistema de Seguridade Social previsto nesse relatório. Entretanto, a despeito dessa definição ser considerada a mais clara tradução de uma fórmula civilizatória encontrada pelas democracias capitalistas desenvolvidas, ela contém limitações. Deixar de expressar vários elementos que deveriam fazer parte da sua constituição, tais como: as instituições mediante as quais os direitos sociais seriam concretizados; as forças sociais presentes na conquista desses direitos; as contradições intrínsecas ao Estado capitalista como mediador de interesses de classes antagônicas; a participação do mercado e de setores não mercantis da sociedade na produção e distribuição do bem-estar social; e as diferenças apresentadas por esse tipo de Estado em distintos contextos nacionais. A consideração desses elementos é essencial para tornar a definição de Estado Social mais complexa, a começar pelo fato de que não existe acordo teórico sobre o que qualifica como social o Estado capitalista.

Referência

PEREIRA, P. A. P. Estado Social. In: IVO, A. L. (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas*. São Paulo: Annablume, 2013. p. 227-232.

Estilos de vida

Noção utilizada no âmbito do movimento pela promoção da saúde, que incorpora o modelo do “campo da saúde” como referencial para a compreensão dos fatores envolvidos na determinação do processo saúde-doença em populações. O modelo do “campo da saúde” se apresenta como um espaço quadripolar onde interagem fatores genético-hereditários, fatores ambientais, comportamentais (estilos de vida) e fatores relacionados com o acesso a serviços de saúde. A noção de estilos de vida ganhou importância no debate sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis, mas no âmbito da Epidemiologia contemporânea é criticada por vários autores que apontam o viés subjetivista que a noção encerra, argumentando que os “estilos de vida” devem fazer parte de uma noção mais ampla, de “modo de vida”, que inclui também as condições (objetivas) de vida dos indivíduos e grupos da população. (CZRESNIA; FREITAS, 2003)

Referências

CZRESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 130.

Estratégia

De um modo geral, define-se estratégia como a forma de implementação de uma política. Ou seja, é o conjunto das ações realizadas com o intuito de se alcançar o objetivo proposto e, com isso, se produzir o efeito desejado sobre uma dada situação. Na definição de Beaufre (apud TESTA, 1995 “a estratégia é uma manobra destinada a ganhar liberdade de ação”. Para Testa (1995, p. 15) “a estratégia não é uma maneira de alcançar a meta, mas uma maneira de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta: ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis ao nosso próprio desempenho [...]” Considerando que uma política

é sempre uma forma de distribuição de poder (político, técnico e administrativo) entre atores e organizações (instituições públicas, empresas, sindicatos, partidos etc.) pode-se entender a estratégia como um processo que implica a acumulação ou desacumulação de poder por parte dos atores sociais envolvidos em sua formulação e implementação.

Referência

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica da programação*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma estratégia política de envergadura nacional no Estado brasileiro, que atribui a Atenção Primária à Saúde (APS) o papel de coordenadora do cuidado. A ESF é apresentada hoje nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal – como prioritária para a organização da atenção primária à saúde e para a reorientação do modelo de atenção, tendo alcançado ampla extensão territorial, cobertura populacional e legitimidade institucional. (AQUINO et al, 2014; VIANA; DAL POZ, 1998 *apud* AQUINO et al, 2014) Segundo o Ministério da Saúde (MS), a ESF visa à reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (ESTRATÉGIA..., [201?])

Referências

AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2014.

ESTRATÉGIA Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica, Portal da Saude, [201?]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 10 set. 2015.

Estrutura

A estrutura corresponde àquilo que é relativamente estável no sistema (recursos ou insumos utilizados, sejam eles financeiros, humanos ou materiais), ou seja, rede física, equipamentos e outros recursos materiais e recursos humanos.

Referência

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. *Explorations in quality Assesment and Monitoring*. Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 75-125. v. 1.

Estrutura organizacional

Diagrama, esquema ou representação gráfica da organização de uma instituição, uma empresa ou das etapas sucessivas de um processo, a exemplo do processo de planejamento. O desenho de um organograma que representa a estrutura organizacional geralmente expressa o poder formal em uma instituição, mas não necessariamente o poder real, que pode estar estruturado

de outra forma, em função da articulação política de alianças entre grupos de trabalhadores da organização, gestores, fornecedores e clientes/usuários.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 131.

Equipes de Saúde da Família (ESF)

São equipes compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe é responsável por acompanhar, no máximo, quatro mil habitantes (três mil habitantes é média recomendada) em uma área (território) definida. A atuação das equipes, que funcionam como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade. (AQUINO, 2014) Para o Ministério da Saúde (MS), uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde residam, no máximo, 1000 famílias ou 4.500 pessoas. (BRASIL, 2004)

Referências

AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

Feminismo

De um modo geral, o feminismo pode ser definido como uma posição intelectual e política que problematiza a condição social da mulher, sua discriminação justificada em valores socio-culturais tradicionais que hierarquizam o lugar da mulher na família, no trabalho, na política e na sociedade em geral. Não existe uma visão única de feminismo: há uma vertente igualitarista - que reivindica a igualdade das qualidades pessoais e dos direitos dos seres humanos independentemente do sexo - e a vertente diferenciadora que propõe o reconhecimento das necessidades particulares das mulheres. Ver Movimentos feministas.

Referência

CANO, G. Feminismo. In: OLAMENDI, L. B et al. (Org.). *Léxito de la política*. Mexico: Flacso: SEP-Conacyt: Fundação Heinrich Boll, 2000.

Financiamento do SUS

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS. Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual. Diversas instituições organizadas reivindicam, no entanto, que a União destine pelo menos 10% das receitas correntes brutas para a saúde pública brasileira, o que não se consolidou com a sanção da Lei Complementar nº 141. Diante disso, organizou-se o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, Saúde + 10, com o objetivo de coletar assinaturas para um projeto de lei de iniciativa popular que assegure o repasse deste percentual, alterando a legislação vigente. Outro debate que se levanta a partir do subfinanciamento da saúde é a relação entre o público e o privado, já que recursos públicos acabam sendo repassados ao setor privado.

Referência

FINANCIAMENTO. Pense SUS: SUS de A a Z. Fiocruz, Rio de Janeiro, [201?]. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/financiamento>>. Acesso em: 28 out. 2016.

Fluxograma situacional

É uma matriz que organiza as informações obtidas acerca da situação de saúde segundo níveis de determinação, partindo da explicitação dos “descritores” (indicadores, variáveis e dados) que permitem a caracterização do problema que está sendo analisado e, dispondo-se ordenadamente as informações referentes aos fatos (fenômenos), processos (condicionantes históricos) e estruturas (determinantes estruturais) que explicam a existência do problema. (MATUS, 1987, 1989; TEIXEIRA, 1993, 2010)

Referências

- MATUS, C. *Planificación, política y gobierno*. Washington D. C.: OPS, 1987.
- MATUS, C. Fundamentos da Planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Cortez: ABRASCO, 1989. p. 107-123.
- TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 1993. p. 237-265.
- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 132.

Força de trabalho em saúde

Contingente de pessoal formalmente empregado no setor saúde, podendo-se distinguir o pessoal próprio da área, que recebeu algum tipo de formação ou treinamento para o exercício de atividades de saúde e o pessoal comum, que trabalha no setor sem qualificação específica. No primeiro grupo encontram-se os profissionais de saúde, os técnicos e auxiliares, bem como o pessoal administrativo que recebeu algum tipo de qualificação em cursos de especialização ou outros. Já o grupo de pessoal comum, inclui trabalhadores que desenvolvem atividades de apoio, como limpeza, segurança, transporte, ou de apoio técnico-administrativo e gerencial.

Referência

- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 132.

Formação de consensos

Mecanismos através do qual o dirigente ou a equipe dirigente de uma determinada organização promovem a construção de uma vontade coletiva em torno a uma determinada decisão referente à adoção de uma política, programa ou projeto de intervenção. No caso da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), trata-se de por em marcha o processo de negociação e pactuação, enfim, formação de acordos e alianças em torno de uma determinada proposta de ação no âmbito do sistema, como vem ocorrendo, por exemplo, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Também pode ocorrer esse processo em um espaço institucional, como é o caso de uma Secretaria Estadual de Saúde (SES), quando o gestor promove a formação de consenso em torno da adoção de uma determinada política ou estratégia, como ocorre, por exemplo, na proposta de reorganização da Atenção Básica, através da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Ver Gestão do SUS.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 132.

Formulação da política

Momento no qual dentro de um governo se formulam soluções e alternativas para determinados problemas, podendo ser entendido como um momento de diálogo entre intenções e ações. Assim, é o momento de negociação em torno dos princípios e diretrizes de uma ação, em que serão desenhadas as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção. No momento da formulação, há invariavelmente embates entre grupos e posições e os consensos expressam as possibilidades de ação em contextos específicos.

Referência

PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 69-81.

Formulação de políticas de saúde

Processo que consiste na fixação de objetivos e metas a alcançar com relação a um determinado sistema ou a um problema de saúde, incluindo a análise da situação inicial, o desenho da imagem-objetivo em um prazo determinado, a formulação de proposições de ação embasadas em princípios e diretrizes, a análise de coerência (interna e externa) dessas proposições, a análise de viabilidade de execução das ações propostas e a formalização das políticas em leis, normas, planos, programas e projetos. (CPPS, 1975)

Referências

CPPS. CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD. *Formulación de Políticas de Salud*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, julio 1975

TEIXEIRA, C. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 133.

Fóruns de opinião pública

Instâncias presenciais ou virtuais de auscultação à opinião pública com relação a uma determinada política ou ação governamental. No caso da saúde, o processo de institucionalização da Gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS) tem gerado a criação dos conselhos e conferências de saúde, que podem ser entendidos como fóruns de opinião pública com relação às políticas de saúde, porém, também vem se desenvolvendo mecanismos de consulta pública, via internet, para auscultação da opinião de especialistas e leigos com relação a propostas de ação do Ministério da Saúde (MS) e de outras instâncias de governo do SUS.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 132.

Fundação

A Fundação é uma personalidade jurídica com finalidade social, instituída pelo Poder Público, prevista no *Código Civil* e introduzida na Administração Pública pelo Decreto-Lei nº 200/67. Durante muito tempo, sofreu discussões se sua personalidade jurídica seria de direito público ou privado. A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB/1988) foi denominada de “fundação pública”, “fundação instituída pelo poder público”, “fundação mantida” ou “fundação controlada” pelo poder público, porém ainda com duas correntes doutrinárias sobre seu regime jurídico (uma corrente sustenta que as fundações instituídas sempre são de direito público e a outra entende que, quando instituída, pode ser de direito público ou de direito privado, sendo que a lei definirá o regime jurídico conforme especificado). Com a Emenda Constitucional nº 19/1998, alterou-se na CFB/1988 o Art. 37, especificando que as fundações instituídas pelo Poder Público podem ser Fundação Pública de Direito Público (fundações autárquicas) ou Fundação Pública de Direito Privado, conforme dispuser a lei. Esta última podendo ser denominada de Fundação Pública de Direito Privado ou Fundação Governamental ou Fundação Estatal. As de direito privado gozam de maior autonomia que as de direito público, porque a elas devem se aplicar, em analogia às empresas públicas e sociedades de economia mista, os mesmos regramentos, sempre mais flexíveis que aqueles aplicados às pessoas jurídicas de direito público, como as autarquias, por serem dotadas de estrutura de direito privado.

Referências

- ANDREWS, C. W.; BARIANI, E.(Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. SP: Ed. Unifesp, 2010.
- CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 3. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2002.
- PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.
- SALGADO, V. A. B. *Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Fundação de apoio

A Fundação de apoio (FA) é uma qualificação concedida pelo Poder Executivo Federal a uma Fundação com personalidade privada, constituída por particulares e mediante atendimento aos requisitos estabelecidos na Lei nº 8.958/1994. Para ser qualificada como FA, a entidade civil deve ser sem fins lucrativos, direcionados ao apoio de projetos de pesquisa, ensino e extensão e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico de interesse das instituições federais. Após sua criação, fica habilitada a estabelecer relações de cooperação com as instituições científicas e de tecnologia do Governo Federal, para suporte a projetos públicos de pesquisa, ensino e extensão e desenvolvimento institucional, científico e tecnológico de interesse das instituições apoiadas e, primordialmente, ao desenvolvimento da inovação e da pesquisa científica e tecnológica.

Referências

- ANDREWS, C. W.; BARIANI, E.(Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde* (lei n. 8. 080/90 e n. 8. 142/90). 3. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2002.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Fundação estatal

Este modelo de Administração Pública Indireto, sem fins lucrativos, é um dos tipos de Fundação Pública de Direito Privado (constitucionalmente, por ser fundação, poderia ser de direito público conforme respectivas leis de criação), patrimônio próprio e receitas próprias, submetida à gestão dos órgãos de direção ou gerência, conforme disposto em seu estatuto. Vocacionada às áreas dos serviços públicos considerados “não-exclusivos” do Estado (como exemplo a saúde) seu instrumento de relação e controle é o contrato de gestão. Sua autonomia é maior quanto aos aspectos orçamentário-financeiro, compra e contratos. A gestão de recursos humanos adota a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Desse modo, os funcionários são classificados como celetistas, não-estatutário e sob normas do direito privado, tendo fundamento na perspectiva gerencialista de aplicação dos recursos e tomada de decisões. Na área da saúde, as Fundações Estatais (FE) devem ser de propriedade e prestação de serviços exclusivamente públicos, respeitar critérios de metas, prazos, controle, avaliação, direitos, obrigações e responsabilidades contidos em contrato de gestão. Pode obter vantagens/benefícios em termos de autonomia, flexibilidade e agilidade conforme empresas públicas. Seu orçamento é privado e flexível, não incide nos limites de gastos com pessoal da administração direta previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal e a contratação de bens e serviços deve respeitar a Lei de Licitações, embora seja permitido adotar regime especial. Atenta-se que a Fundação Estatal deve observar todos os regramentos impostos pelo Sistema único de Saúde (SUS) às entidades prestadoras de serviços públicos de saúde e não pode abarcar funções típicas de Estado que requerem poder de polícia, formulação, regulação e gestão das políticas públicas, gestão do fundo de saúde, controle, avaliação e auditoria e vigilância sanitária e epidemiológica, pois são indelegáveis.

Referências

ANDREWS, C.W; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde* (lei n. 8. 080/90 e n. 8. 142/90). 3. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2002.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

TEIXEIRA, M.; MARTINS, M. I. C.A.; SILVA, V. Novos desenhos institucionais e relações de trabalho no setor público de saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado. In: MARTINS, M. I. C. et al (Org.). *Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 89-100.

Fundação pública de direito privado

Este modelo de Administração Pública Indireta foi criado através da Lei Complementar nº92/2007, para atuar em áreas dos serviços públicos considerados “não-exclusivos” do Estado, dentre as quais se encontra a área da Saúde. Conforme respectivas leis de criação podem ser denominadas de Fundação Pública de Direito Privado ou Fundação Governamental ou Fundação Estatal. Sua autonomia é maior, sobretudo à gestão orçamentário-financeira de compras, contratos e recursos humanos. Situação que permite seus dirigentes aplicarem recursos e tomar decisões de forma mais rápida. A personalidade jurídica possibilita que os contratados de pessoal firmados sejam regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Desse modo, os funcionários são classificados como celetistas e não mais como estatutários. Mudança associada à reforma gerencial por redefinir o conceito de emprego público que tem funcionário próprio, não-estável, subordinado às normas do direito privado, que respeita relação contratual livre a negociação de preços e, assim, submetido às leis do mercado. A Fundação Pública de Direito Privado (FEDP) opera de modo semelhante às Organização Social e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, pois sua relação com o poder público é mediante contrato de gestão que estabelece metas a serem cumpridas e são ferramentas de controle do nível gestor central. Características dos novos modelos jurídicos que foram incorporadas à gestão de serviços de saúde.

Referências

- ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.
- PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.
- SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.
- TEIXEIRA, M.; MARTINS, M. I. C. A.; SILVA, V. Novos desenhos institucionais e relações de trabalho no setor público de saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de direito privado. In: MARTINS, M. I. C. et al (Org.). *Trabalho em Saúde, desigualdades e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 89-100.

Fundação pública de direito público

é um formato jurídico-institucional introduzido pela Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB/1988), previsto por vários artigos (Arts. nº 37, 38, 39 e 40, dentre outros). Trata-se de entidade da Administração Pública Indireta, com poderes e competências de exercer atividades ou prestar serviços exclusivos de Estado que impliquem o uso de poderes de autoridade estatal. A fundação pública tem vocação natural à intervenção somente na área social, diferentemente da Autarquia que pode ter competências relacionadas à regulação, fiscalização, tutela ou outra atividade eminentemente estatal nas áreas econômica e social. A Fundação Pública de Direito Público é um formato jurídico de execução de atividades administrativas ou de prestação de serviços para intervenção estatal na ordem social; devido à condição de direito público, pode exercer atividades ou prestar serviços privativos de Estado, assemelhando-se ao caráter das autarquias, porém não atuam em áreas que sejam de domínio do poder econômico. Seu regime administrativo é o mesmo aplicável aos órgãos da Administração Pública Direta

e às autarquias, inclusive quanto a atos e processos administrativos, licitações, contratações, bens, servidores públicos, responsabilização, prestação de contas, imunidade tributária e prerrogativas processuais, ressalvadas eventuais disposições específicas estabelecidas por sua lei de criação. O regime de trabalho de seu pessoal é o estatutário e o quadro de pessoal é constituído por servidores públicos detentores de cargos efetivos ou cargos de comissão.

Referências

ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde* (Lei n. 8. 080/90 e n. 8. 142/90). 3. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2002.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Fundo Estadual de Saúde

Conta bancária na qual são depositados os recursos provenientes das transferências federais para o Sistema Único de Saúde (SUS) estadual, e onde devem ser depositados os recursos provenientes do Tesouro estadual e outras fontes utilizadas no âmbito estadual, para custeio das ações e serviços de saúde sob responsabilidade do gestor estadual. A execução do Fundo Estadual de Saúde está submetida à fiscalização do Conselho Estadual de Saúde, devendo a prestação de contas ser feita periodicamente a esta instância.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 132.

Gerência

Termo utilizado no âmbito do setor saúde e especificamente no Sistema Único de Saúde (SUS) para designar a função de administração de unidades de prestação de serviços, programas, projetos e atividades específicas realizadas nas instituições que compõem o sistema.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 133.

Gestão

Termo utilizado contemporaneamente em substituição à administração, cujo significado busca enfatizar que o processo administrativo, incluindo as funções de direção, planejamento, organização, coordenação, avaliação e controle, tem uma conotação política e estratégica, envolvendo o estabelecimento de visões de futuro, o gerenciamento de conflitos, a introdução de inovações organizacionais tendo em vista a flexibilidade necessária a uma adaptação permanente das organizações (públicas e privadas) a contextos cambiantes. (MOTA, 2003)

Referência

MOTA, P. R. *A ciência e a arte de ser dirigente*. 14. ed. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2003.

Gestão colegiada

Forma de gestão na qual se estabelecem coletivos para a tomada de decisões, reunindo representantes dos atores interessados direta ou indiretamente no processo e nos resultados da organização. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Conselhos de Saúde constituem órgãos colegiados com representação dos gestores, profissionais de saúde e trabalhadores, bem como dos usuários dos serviços.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 134.

Gestão de sistemas e serviços de saúde

O termo Sistemas de Saúde passou a ser utilizado na área de administração e planejamento em saúde, a partir dos anos 1960 do século passado, com a incorporação do enfoque sistêmico, abordagem baseada na “teoria dos sistemas”, desenvolvida originalmente na biologia e nos estudos sobre cibernética e teoria da informação, adotada e desenvolvida na teoria social estrutural funcionalista por Talcott Parsons (1951). Integra o Sistema de Saúde o conjunto de organizações (públicas e privadas) envolvidas direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde a uma dada população em um território específico (país, estado, município). Conjuntos que coordenam, regulam, produzem ou controlam a produção de bens e serviços

relacionados com a promoção da saúde, prevenção de riscos e danos, assistência e reabilitação. Daí a possibilidade de compreendermos a gestão em saúde enquanto sistema ou serviços. Os sistemas de saúde podem ser diferenciados conforme a proteção social estabelecida, como: assistencial, de seguro e de seguridade. Sua análise pode ser feita distinguindo-se seus componentes: infraestrutura (características e distribuição dos recursos físicos, humanos e materiais), forma de organização e relacionamento entre as unidades prestadoras de serviços, modelo de financiamento (fontes, volume e forma de distribuição e utilização dos recursos financeiros), modelo de gestão (pública, privada ou “mista”, centralizada ou descentralizada, autoritária ou democrática, tecnocrática ou participativa) e o perfil de oferta de serviços prestados à população. São, portanto, sistemas complexos com partes que se relacionam por fluxos abertos de interdependência em meio à totalidade política e social. Variados aspectos caracterizam sua complexidade: organização em níveis de atenção, descentralização decisória, responsabilidade sanitária, densidade tecnológica dos serviços, composição de redes assistenciais, correlação com o complexo produtivo, cobertura assistencial, acesso aos serviços, estratégias de equidade, força de trabalho, judicialização, financiamento dos recursos, entre outros. Pode-se separar didaticamente a gestão dos sistemas e serviços de saúde para prosseguir nesta compreensão. Para ambas, no senso comum contemporâneo, a terminologia “gerência” é usada como sinônimo de “gestão” e esta, como forma moderna de substituir “administração”, tem provocado dúvidas e formalização nas suas aplicações textuais. Para tanto, semelhante à Administração Pública, volta-se ao paradigma conceitual de que administração pública se desenvolveu pela aproximação-tensão entre ciência política, psicologia social e economia, mas que se distingue pelo seu caráter aplicado e instrumental que desenvolveu princípios válidos a qualquer organização pública e privada. Aparece no início do capitalismo industrial do século XX o trabalho com controle e com distanciamento de quem executa não é quem planeja e controla. Nesse sentido, a gerência passou a ser associada à ideia de controle e o termo gestão como sinônimo de administração. Concepção que tem alinhamento à perspectiva do *management* do setor privado anglo-americano, diferentemente da escola francesa de *administration publique*. Na visão da Teoria Geral da Administração, o gerenciamento consiste em executar todas as atividades próprias de uma organização empresarial com finalidade de eficiência, eficácia, efetividade e obtenção da satisfação individual e organizacional. A gestão dos Sistemas de Saúde foi historicamente centralizada, no Brasil. Com o processo de descentralização do governo federal para os estados e municípios durante a redemocratização política dos anos 1980, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido constitucionalmente e sua implementação se iniciou com a Norma Operacional Básica nº01/1991. Esta, com influências neogerencialistas, determinou a diferenciação entre os termos gestão e gerência. A gestão em saúde passou a ser normatizada no Brasil como função de responsabilidade sobre o sistema municipal, estadual ou federal, estando os gestores do SUS responsáveis por quatro funções principais dos sistemas de saúde: alocação de recursos, prestação de serviços, gestão e regulação. De tal modo, respondem pela administração do Fundo de Saúde, subordinam-se ao Conselho de Saúde, planejam através de Conferências de Saúde, submetem-se a Auditoria do SUS, regulam e contratualizam os serviços próprios e complementares, gerem recursos humanos, responsabilizam-se pela vigilância, promoção e proteção da saúde, entre outras funções por nível de gestão municipal, estadual e federal. A gestão de serviços de saúde atende a perspectiva da gerência entendida como coordenação/comando de serviços de saúde e submetido a gestão.

Esta divisão normativa influenciou na aplicação destes termos na saúde, sendo por fim, administração pública associada ao caráter da personalidade jurídica e atuação de responsabilidade a frente de sistemas ou serviços (conforme fundamentação legal e científica). Sendo que nos estudos de administração e políticas públicas *stricto sensu*, o conceito de gestão prevalece e fica associada à gestão de sistemas ou gestão de serviços. Assim, o processo de gestão de um serviço de saúde depende das relações interpessoais, tecnologia e orçamentária na prestação de serviços de saúde. Condiz com a implementação de políticas públicas, descentralização da responsabilidade sobre os serviços e dependem do estilo de trabalho os seus operadores. O estilo de gestão mais adequado parece ser o consensual, colegiado e democrático, de modo a reconhecer o papel central dos profissionais/trabalhadores, estimular a autonomia, o cooperativismo e a corresponsabilização que propiciam o trabalho multidisciplinar no processo de produção dos serviços. Para seu exercício, exige-se competências que perpassam pelo conjunto de conhecimentos teóricos, habilidades técnico-operativas, planejamento estratégico local alinhado ao sistêmico e utilização de ferramentas de gestão. Deste modo, abrange-se o papel do gestor/gerente de serviços de saúde planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar o trabalho para que a organização possa atingir seus objetivos. No Brasil, existem variados sistemas de informação em saúde (epidemiológicos, orçamentário, de notificações, de regulação de leitos, de licitação e compra, entre outros) que instrumentalizam a gestão de serviços.

Referências

- BRAVERMAN, H. Gerência científica. In: BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 84-111.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, 1990.
- KLEKOWSKY, B. M.; ROEMER, M. I.; WERF, A. van. der. *Sistemas nacionalesdesalud y su reorientación hacia la salud para todos: pautas para una política*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 1984. (Cuadernos de Salud Publica, n. 77).
- LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 89-120.
- MINTZBERG, H. A burocracia profissional. In: MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1995. p. 189-212.
- SOUZA, L. P. F.; VIANA, A. L. D'Á. Gestão do SUS: Descentralização, regionalização e Participação Social. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 261-286.
- TEIXEIRA, C. F.; PINTO, I. C. M. Sistemas de Saúde. In: IVO, A. B. L. (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas*. São Paulo: Annablume; Brasília: CNPq; Salvador: Fapesb, 2013. (Coleção Trabalho e Contemporaneidade).

Gestão em saúde (1)

Conjunto de medidas adotadas para planejar, organizar, fazer funcionar e avaliar o grande número de elementos inter-relacionados do sistema de saúde. (LUCHESE, 2004) O uso desse termo reflete a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistemas de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução política (tomada de decisões e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas,

serviços e atividades. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), convencionou-se distinguir gestão (de sistemas) de gerência (de unidades de saúde, programas e projetos), como uma forma de enfatizar o caráter mais propriamente político da primeira, em oposição ao caráter técnico-administrativo da segunda, embora em cada uma dessas dimensões esteja em jogo o exercício do poder, em suas várias dimensões (política, técnica e administrativa). (TEIXEIRA, 2010)

Referências

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004. p. 70.

TEIXEIRA, C. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 134.

Gestão em saúde (2)

A gestão em saúde é quase tão antiga quanto a Saúde Pública. A Saúde Pública sempre recorreu a várias especialidades e campos de conhecimento, nasceu interdisciplinar quando esta expressão sequer fora ainda cunhada. A Saúde Pública baseou-se na medicina, microbiologia, zoologia, geologia, entre outras ciências, para pensar explicações para o processo saúde e doença. Dessa junção, nasceria tanto a administração sanitária quanto a epidemiologia. Foi, portanto, ainda nos primórdios da Saúde Pública que ocorreu a constituição de um campo de conhecimentos, denominado “Administração sanitária”. Encarregava-se de pensar a administração de um pedaço do Estado, os nascentes departamentos, escolas e laboratórios de saúde pública, mas distinguia-se da Administração de Empresas porque procurava articular a gestão às práticas consideradas eficazes para debelar os problemas coletivos de saúde. Tratava-se, portanto, de uma área que procurava compatibilizar conhecimentos sobre administração pública com procedimentos sanitários considerados eficazes no combate a epidemias. A administração em saúde na medicina de mercado apresentava menos especificidades; em geral, adaptava elementos da teoria geral a hospitais e clínicas. A administração sanitária, em seus primórdios, importou muitos conceitos e modos de operar do campo militar. Da gestão de conflitos armados e de guerras, a Saúde Pública importou a ideia de considerar a doença, os germes e as condições ambientais insalubres como inimigos que deveriam ser erradicados, controlados e vigiados. Da arte da guerra importaram-se também os conceitos de erradicação, controle, risco, vigilância e de análise da informação. A gestão em saúde é um desdobramento contemporâneo dessa tradição. Evidente que no lugar da guerra entraram conceitos originários da Ciência Política, da Sociologia e da Teoria Geral da Administração. Em meados do século XX houve uma ampliação do objeto e do campo de intervenção da gestão em saúde. Nessa época, em alguns países europeus, inicialmente na Grã-Bretanha, Suécia e União Soviética e, mais tarde, em inúmeras outras nações da Europa, América e Oceania, foram construídos os Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde. Com essa finalidade desenvolveu-se toda uma cultura sanitária voltada para a organização de serviços e programas de saúde segundo uma nova racionalidade. O Estado foi responsabilizado pelo financiamento e gestão de uma rede de serviços constituída segundo o conceito de integração sanitária. Essa rede pública não executaria apenas ações de caráter preventivo e de relevância coletiva, mas assumiria também a atenção clínica, ou seja, a assistência individual em hospitais e outros serviços. Com essa finalidade

foi cunhado o conceito de hierarquização e regionalização dos serviços, inventando-se a modalidade de rede denominada de atenção primária. O antigo arcabouço de conhecimentos da administração sanitária era claramente insuficiente para dar conta da complexidade dessa nova política pública. Em função disso, em vários desses países houve, ao longo do século XX, um esforço de investigação voltado para o desenvolvimento de novos arranjos organizacionais e novos modelos de atenção à saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimularam tanto a produção de conhecimentos nessa área quanto trataram de sistematizar a difusão dessas experiências e dessa tecnologia sobre organização, planejamento e gestão dos serviços de saúde. Em decorrência desse fenômeno, houve uma aproximação entre as áreas da Clínica e o campo da Saúde Pública. São desse período o desenvolvimento de estudos sobre sistemas locais de saúde, modelos de atenção, gestão de pessoal, atenção primária, planejamento e programação em saúde. Observa-se como um fato curioso o pequeno envolvimento da área de Gestão e Planejamento com hospitais no Brasil, talvez explicado pelo afastamento histórico da Saúde Pública deste pedaço dos sistemas de saúde. A formação de gestores para hospitais foi marcada por cursos compostos segundo a lógica específica das áreas de Economia e da Administração de Empresas. Somente nos últimos anos, observa-se um esforço da área para recompor a formação e a pesquisa em gestão hospitalar. Buscando superar a perspectiva restrita das teorias administrativas têm sido desenvolvidas análises que procuram ampliar e democratizar a gestão. Discute-se a gestão participativa, o controle social dos gestores pela sociedade civil e várias formas de cogestão em saúde.

Referência

CAMPO, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. Gestão em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 233-235.

Gestão Estratégica e Participativa

A Gestão Estratégica e Participativa, segundo o Ministério da Saúde, compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados do SUS, com ênfase no controle social, coerentemente com o disposto na legislação, especialmente a Lei nº 8142. Nesse sentido, busca valorizar e fortalecer os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os conselhos e as conferências de saúde, espaços de formulação da política nacional, estadual e municipal de saúde. Mais recentemente, contempla o estabelecimento de pactos entre as esferas de governo, visando à implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, que inclui a criação e apoio de comitês e grupos de trabalho destinados à busca da equidade, a exemplo dos comitês técnicos de equidade em saúde, população negra, LGBT, população em situação de rua e do campo, floresta e águas, ações de educação popular em saúde, difusão dos direitos dos usuários e estratégias de promoção de equidade em saúde para as populações em condições de desigualdade e/ou vulnerabilidade. Além disso, também visa promover o desenvolvimento de novos canais e formas de mobilização social e de participação popular na saúde, apoiando instâncias organizadas de representação social, como organizações da sociedade civil e movimentos sociais. Ver Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. [Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007](#). Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 26 nov. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html>. Acesso em: 19 ago. 2016.

Gestão hospitalar

Os termos **gestão** e administração referem-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições, condizendo à capacidade de dirigir com o exercício do poder. A gestão hospitalar é fundamentada nestas concepções das escolas clássicas da Teoria Geral da Administração (TGA), sendo que a maior parte da produção teórica sobre gestão hospitalar se referencia no paradigma funcionalista-sistêmico. Essa hegemonia teórica, no que se convencionou chamar de “Administração Hospitalar”, é baseada na compreensão de que o hospital funciona como verdadeiro subsistema dentro do sistema social mais amplo, constituído por vários serviços ou setores bem articulados entre si e trabalhando dentro da lógica dos “objetivos organizacionais”. Fundamentada na teoria clássica, essa administração trata de planejar, organizar, dirigir e controlar. Outra perspectiva considerada é a do Planejamento Estratégico-Situacional, onde a gestão é um dos momentos do planejamento. Deve-se considerar que a perspectiva da gestão hospitalar poderá então ser a luz da concepção de administração de serviços privados ou na perspectiva institucionalizada do planejamento e gestão dos serviços públicos e vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta segunda, há que acrescentar que a contemporânea foi ajustada pela concepção de Redes de Atenção à Saúde, normatizada pelo Ministério da Saúde, de modo que a gestão hospitalar tem alinhamento com outras políticas de saúde e níveis de atenção transversalmente, sendo este um dos pontos de atenção a saúde da rede. No plano institucional, a gestão hospitalar é uma arena com relações de poder que se estabelece em três planos: macrogestão (referida às ações de formulação de políticas), mesogestão (relacionada às atividades de condução de uma organização) e microgestão (atinentes à coordenação dos processos de trabalho desenvolvidos em uma organização). Ou em quatro níveis: sócio-política, institucional, técnico-sanitária e sanitária. Uma organização, tal como Hospital, é unidade social construída para atingir determinados objetivos, resultantes da combinação de pessoas, recursos e tecnologia. Para isso, possui padronizações às suas atividades e trabalhos, desempenhadas pelos variados profissionais de saúde com competências técnico-científicas especializadas. Na perspectiva da sustentabilidade econômico-financeira (fomentado pelos organismos internacionais como Banco Mundial e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a gestão hospitalar prioriza a redução do custo de aquisição de produtos, a busca por parceiros socialmente responsáveis e a valorização da segurança e da confiança somadas à modernização de suas estruturas físicas, humanas e administrativas, associado às boas práticas assistenciais decorrente da estratégia de certificação por qualidade (como ISO, 5S, Qualidade Total e Acreditação). No caso específico dos países da América Latina, a gestão hospitalar tem se ocupado com a implementação de melhorias nos serviços prestados e a realização de um adequado controle financeiro das organizações hospitalares, tanto privadas (com e sem fins lucrativos) quanto públicas. E também com ênfase na utilização de sistemas de gestão financeira, de maneira a profissionalizar o gerenciamento dos serviços de saúde para o alcance da eficácia e da eficiência pretendidas.

Referências

- ALMEIDA, A. A. M. *Processo de aprendizagem organizacional em organizações privadas de saúde: mito ou realidade? Um estudo de caso em três hospitais de juiz de fora*. 2007. 160 f. Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial) – Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2007.
- GARCIA, G. G. Las reformas de salud y los modelos de gestión. *Revista Panamericana de Salud*, Washington, v. 9, n. 6, p. 406- 412. 2001.
- GESTÃO em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; ONOKO CAMPOS, R. T. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>>. Acesso em: 25 fev. 2015.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, 1990.
- SOUZA, L. E. F.; VIANA, ALD'ávila. Gestão do SUS: descentralização, regionalização e Participação Social. In: PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 261-286.
- SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão: uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-8, 2009.
- TAMADA, R. C. P.; BARRETO, M. F. S.; OLM, I. C. K. Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios. In: CONGRESSO ONLINE ADMINISTRAÇÃO, 9., São Paulo, 2014. *Trabalho Apresentado....* São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.convibra.org/upload/paper/2013/38/2013_38_7937.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

Gestão sustentável

O adjetivo “sustentável” pode ser compreendido em vários sentidos, principalmente com relação à sustentabilidade econômico-financeira de uma determinada política ou programa ou com relação à sustentabilidade política. No primeiro caso, trata-se de garantir que a implementação de uma determinada política, programa ou projeto conte com os recursos necessários, o que demanda, por vezes, a iniciativa do gestor em captar tais recursos nas fontes disponíveis. No segundo caso, sustentabilidade política trata-se de garantir que o processo de implementação conte com o apoio dos atores direta e/ou indiretamente envolvidos, sejam os profissionais e trabalhadores de saúde, sejam os usuários do sistema.

Referência

- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 134.

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 entendido como uma crise global de transformação da ordem de um sistema social.

Referência

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em saúde pública: políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004. p. 70-71.

Governança (1)

A governança pode ser definida como o ato de bem governar – com responsabilidade, estabilidade, efetividade, qualidade, legalidade e honestidade – as relações entre a população, os recursos e os serviços de saúde, de modo a articulá-los em função do objetivo de cuidar da saúde. (SOUZA; BAHIA, 2013) Deve se materializar em uma estrutura responsável pela organização dos recursos humanos e materiais disponíveis e pelas estratégias de oferta dos serviços ao interior das redes. Pode ser classificada em três níveis: a) o nível micro, referente à coordenação da assistência, b) o meso, relacionado com a gestão operacional dos serviços, e c) o nível macro, que compreende a condução estratégica da rede com um todo. (GLENDINNING, 2003; LIN, 2007; MACADAM, 2011; VENANCIO, 2011 *apud* MEDINA, 2014)

Referências

GLENDINNING, C. Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, Amsterdã, v. 65, n. 2, p. 139-151, 2003.

LIN, B.Y-J. Integration in primary community care networks (PCCNs): examination of governance, clinical, marketing, financial, and information infrastructures in a national demonstration project in Taiwan. *BMC Health Services Research*, London, v. 19, p. 7-90. 2007.

MACADAM, M. Progress toward integrating care for seniors in Canada: "We have to skate toward where the puck is going to be, not to where it has been." *International Journal of integrated care*, London, v. 11, 2011. (Special 10th Anniversary Edition).

MEDINA, M. G. Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis. Salvador: o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID): o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), 2014. Relatório de pesquisa: produto 3. Projeto de cooperação ATN/OC-12233- BR: O Sistema Único de Saúde em Estados e Municípios.

VENANCIO, S. I. et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3951-3964, 2011.

Governança (2)

Segundo o Banco Mundial, a definição geral de governança é "o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo", ou ainda "a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o desenvolvimento", implicando sobre "a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções". (WORLD BANK, 1992) É o *modus operandi* das políticas governamentais - que inclui, dentre outras, questões ligadas ao formato político-institucional do processo decisório, a definição do *mix* apropriado de financiamento de políticas e ao alcance geral dos programas. O conceito não se restringe, contudo, aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco ao funcionamento eficaz do aparelho de Estado. Refere-se a padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico e social, incluindo-se aí não apenas os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses, tais como os partidos políticos e grupos de pressão, como também redes sociais informais, hierarquias

e associações de diversos tipos. Ou seja, a governança opera num plano mais amplo, englobando estrutura e forma de operar de governos e a sociedade como um todo. (SANTOS, 1997)

Referências

WORLD BANK. *Governance and Development*. Washington: World Bank; 1992.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, governança e democracia: criação da capacidade governativa e relações e Executivo-legislativo no Brasil pós-constituente. *DADOS - Revista de Ciências Sociais*, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.

Governança global

O conceito de governança global ganhou proeminência nas análises internacionais no decorrer da década de 1990. O estabelecimento da Comissão sobre Governança Global das Nações Unidas (1994), a publicação do relatório *Our Global Neighborhood* (1995), a criação do periódico *Global Governance* (1995) são alguns exemplos da importância crescente do tema. Segundo esses documentos, o surgimento deste conceito parte da tentativa de compreender as mudanças ocorridas no final do século XX: o fim da Guerra Fria, a intensificação dos processos de globalização econômica, a difusão de informação em escala global, a reformulação do papel de organizações internacionais e o aparecimento de novos atores que alteraram as relações internacionais, em especial no que concerne às esferas de autoridade e poder em escala global. Governança global ou mundial, portanto, é um movimento de cooperação política entre atores transnacionais, com o objetivo de negociar respostas a problemas que afetam mais de um Estado ou região. Esse conceito tem como pressuposto que a questão moderna da governança mundial existe no contexto da globalização dos regimes de poder: política, econômica e culturalmente e que instituições como as Nações Unidas, o Tribunal Penal Internacional, o Banco Mundial e outras - tendem a ter um poder limitado ou demarcado para impor o cumprimento de suas regras. Ademais, em resposta à aceleração da interdependência em escala mundial, tanto entre as sociedades humanas como entre a humanidade e a biosfera, o termo “governança global” também pode ser usado para denominar o processo de designação de leis, regras ou regulamentos destinados a uma escala global.

Referências

BUSS, P. Governança global para a saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 4, Rio de Janeiro, abr. 2014.

GOVERNANÇA Global. [S.l.], [200-]. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Governan%C3%A7a_global>. Acesso em: 02 mar. 2017.

JAMES, P.; SOGUK, N. *Global political and legal governance*. London: Sage, 2014.

Governança global em saúde

O debate sobre este tema começou com a criação da Comissão Lancet sobre Governança Global para a Saúde, lançada em Oslo, em dezembro de 2011, pela revista *The Lancet*. Segundo este relatório, poderosos atores globais, ao produzirem suas políticas e ações, são os responsáveis por muitas dessas iniquidades. Entre esses, estão empresas transnacionais, governos de países poderosos e, mesmo, agências das Nações Unidas, que frequentemente ignoram os efeitos negativos de suas iniciativas sobre a saúde das populações e os próprios sistemas de saúde. São os determinantes “políticos” da saúde, resultados da profunda assimetria de poder

e predomínio dos interesses exclusivos de mercado. O informe cita alguns exemplos, entre os quais as políticas de austeridade fiscal neoliberais impostas pela troika (FMI, Banco Central Europeu e Comissão Europeia) a países periféricos ao circuito central da economia capitalista, como a Grécia, Portugal, Espanha e Irlanda. Nesses países, cresceram enfermidades antes controladas e foram desmontadas instituições públicas sociais e de saúde construídas ao longo do século XX. As cinco disfunções da governança global que impactam a adoção de políticas que enfrentem os efeitos adversos dos determinantes políticos globais da saúde: déficit democrático, mecanismos fracos de responsabilização, imobilidade institucional, espaço político inadequado para a saúde e instituições inexistentes ou ainda embrionárias. Em síntese, o documento defende que a distribuição dos riscos em saúde continua sendo extrema e inaceitavelmente desigual, o que diverge do que seria esperado, caso os acordos que vem sendo estabelecidos nessa esfera, a exemplo do Objetivos do Milênio, estivessem sido efetivamente implementados pelos diversos países. Com base nessa constatação, admite-se que o atual sistema de governança global falha na proteção à saúde da população, afetando desastrosamente os mais pobres, vulneráveis e marginalizados. (BUSS, 2014) Com base nesse diagnóstico, a Comissão apresentou três propostas: (1) Criação de uma plataforma de governança para a saúde que integre múltiplas partes, incluindo a sociedade civil global, as Nações Unidas, empresários e ONGs, para funcionar como fórum para a discussão de políticas e formulação de agendas, e avaliação das mesmas quanto a seu impacto sobre a saúde e a equidade em saúde, além de propor soluções adequadas e superação de barreiras à sua implementação; (2) Criação de um painel de monitoramento científico independente da influência de processos de governança global sobre a equidade em saúde, por meio da obrigatoriedade de análises de impacto sobre os níveis de equidade em saúde nas organizações internacionais; (3) Utilização de instrumentos de direitos humanos para a saúde, como os Relatores Especiais, assim como de sanções mais firmes contra um amplo espectro de violações cometidas por agentes não estatais, por meio do sistema jurídico internacional.

Referências

- BUSS, P. Governança global para a saúde, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 4, Rio de Janeiro, abr. 2014.
- BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, 2007.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: revista saúde coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

Governo

Governo pode ser entendido como o ato de dirigir, conduzir, governar, mas também como substantivo vinculado ao Estado, enquanto expressão do poder político. Na primeira acepção pode ser adotada em relação a uma organização, um sindicato, uma empresa, uma universidade, uma entidade. Daí o postulado segundo o qual “planeja quem governa”. (MATUS, 1987) Esse autor considera para fins de análise e de planejamento o triângulo de governo, composto pelos vértices da governabilidade, capacidade de governo e do projeto de governo. Testa (1992), por sua vez, admite três propósitos centrais para um governo: crescimento, mudança e legitimação. Já o governo como substantivo - instância que dirige os negócios do Estado - foi pensado pelos filósofos sob várias formas. Segundo Aristóteles haveria a monarquia (governo de um), a aristocracia (governo de poucos) e a democracia (governo de muitos). Já Maquiavel

destacava a monarquia e a república com duas modalidades (aristocrática e democrática). Montesquieu considerava a monarquia, a república e o despotismo (governo sem leis nem freios) e para evitar esta última forma propôs a independência e harmonia entre os poderes executivo, legislativo e judiciário. (BOBBIO, 1987) Na atualidade, as formas mais expressivas de governo são a República (presidencial e parlamentar) e a Monarquia. No caso da República, sob o formato de presidencialismo, o presidente é, simultaneamente, chefe de governo e chefe de Estado, respondendo pela administração e pelas funções maiores do Estado, como no caso do Brasil e dos Estados Unidos da América. Na República com parlamentarismo, a administração é responsabilidade do primeiro ministro que compõe um gabinete contemplando as forças políticas majoritárias do Parlamento, enquanto as funções mais significativas de chefe de Estado cabem ao Presidente, como no caso da França. Nas monarquias constitucionais europeias ainda existentes cabe ao Rei a chefia do Estado e ao primeiro ministro eleito a administração, como na Espanha.

Referências

- BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- MATUS, C. *Política, planificación y gobierno*. Washington D.C.: OPS, 1987.
- TESTA, M. *Pensar em saúde.*, Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

Grupos com riscos e necessidades especiais de saúde e de serviços

Grupos sociais que apresentam situações particulares com relação à exposição ao risco de adquirir determinadas enfermidades ou apresentar determinados problemas de saúde, em função das suas condições e modos de vida, constituindo, portanto, do ponto de vista da equidade, grupos a serem priorizados no âmbito das intervenções destinadas a reduzir ou eliminar esses riscos e prevenir a ocorrência de agravos ou, no limite, atuar na redução dos danos.

Referência

- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 135.

Grupos de interesse ou 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 influência 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 comentaristas pelo termo mais laxo “interesses organizados”. Ver Lobby.

Referência

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004. p. 71.

Grupos de pressão externos à política do SUS

Grupos politicamente organizados em torno de demandas com relação à política de saúde, que não fazem parte do conjunto de atores envolvidos diretamente na organização e operação do sistema, como é o caso dos gestores, técnicos, profissionais de saúde, trabalhadores e usuários.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 135.

Hábitos de vida

O mesmo que “estilos de vida”. Diz-se dos comportamentos adotados por indivíduos e grupos com relação ao atendimento das necessidades relacionadas com a reprodução/transformação das condições de existência e o alcance de objetivos definidos em função dos seus projetos de vida.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 135.

Hospital

No Brasil, o primeiro hospital foi fundado em 1543 pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, mas o século IV foi marco da história formal dos hospitais, momento a partir do qual passaram a ser reconhecidos como a instituição que cuida dos enfermos e das enfermidades. Desde então, essa instituição sofreu inúmeras mudanças conceituais acompanhando mudanças organizacionais que guardam relações com a estrutura social dos tempos. Voltados originalmente ao problema de assistência social, atendia aos doentes, pobres, velhos, enjeitados e inválidos. A história do hospital se fundamentou na doação, abdicação, religiosidade e amparo aos menos favorecidos que não poderiam custear assistência médica privada (liberal). Foucault apresentou seu nascimento no final do século XVIII. Suas definições foram, então, se moldando. Trata-se de organização com leitos, alimentação e uma rotina de cuidados para pacientes enquanto estes são submetidos a procedimentos investigativos e terapêuticos, em processos de restauração e/ou conforto a suas condições de saúde. Desde a Idade Média havia o caráter asilar, até contemporaneamente serem organizações que funcionam como campo de práticas de pesquisa avançada em Saúde. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) o considera como um estabelecimento para manter, educar e descansar ou uma instituição para tratamento médico. Os hospitais têm sido descritos como algumas das organizações de relevância social mais complexas, podendo ser analisadas a partir de múltiplos e diferenciados enfoques, como: porte, vinculação com o sistema de saúde, assistência prestada, nível de complexidade, modelo organizacional, entre outras. São organizações complexas para a gestão principalmente pelos seus aspectos técnico-assistencial, financeiro ou orçamentário público, representação social, densidade tecnológica, assistência multiprofissional e interdisciplinar contínua, usuários com condições agudas ou crônicas com potencial de instabilização e complicações e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, relações de poder entre os sujeitos (trabalhadores, gestores e políticos). A recente concepção de hospital como espaço de defesa da vida, comprometido com a integralidade da atenção e centrado na dimensão cuidadora das pessoas exige superação do paradigma, de modo que seria reducionista a manutenção da ideia de que é simplesmente um espaço curativo, produtor de procedimentos fragmentados e centrado na lógica da doença.

Esta ruptura é transversal à Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída em 2013. Nela os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos demográfico e epidemiologicamente à população referida e de acordo com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) loco-regional onde existe população de referência, acesso regulado, demanda referenciada e/ou espontânea com atuação articulada à Atenção Básica de Saúde. Nesta perspectiva, ainda se articula com atenção às urgências e domiciliar. Enquanto entendimento organizacional, os hospitais se classificam quanto à administração ou entidade mantenedora como público e privado (com ou sem fins lucrativos); quanto ao perfil podem ser geral, especializado, local e regional; quanto ao porte, podem ser de pequeno porte (até 50 leitos), médio (de 51 a 150 leitos), grande (de 151 a 500 leitos) e capacidade extra (acima de 500 leitos). No Brasil, existem outras denominações, tais como: hospital de ensino, hospital universitário, hospital de pequeno porte, hospital de excelência, hospital filantrópico e Santa Casa de Misericórdia. Os Hospitais de Ensino são estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública ou privada, que sirvam de campo para a prática de atividades de ensino na área da Saúde e que sejam certificados conforme o estabelecido na Portaria. Os Hospitais de Excelência são organizações reconhecidas e habilitadas pelo Ministério da Saúde, que cumprem os requisitos para a apresentação de projetos de apoio ao SUS em troca de isenção de contribuições sociais. Passam a integrar as ações estratégicas do SUS de maneira mais intensa por conta do uso otimizado de sua capacidade técnica e conhecimento. Portanto, atribui-se o termo “excelência” para as instituições que participam dos benefícios de isenção. Denominação utilizada por seis organizações com este título (cinco localizadas em São Paulo): [Hospital Alemão Oswaldo Cruz](#), [Hospital do Coração](#), [Hospital Israelita Albert Einstein](#), [Hospital Moinhos de Vento](#), [Hospital Samaritano](#) e [Hospital Sírio Libanês](#). Os Hospitais Filantrópicos são entidades particulares e não lucrativas, que destinam uma percentagem de seus rendimentos para assistência gratuita a pacientes sem recursos ou cobertura de saúde. São consideradas filantrópicas as entidades portadoras do “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social”, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Várias condições são exigidas para a obtenção desse Certificado. Para os hospitais, destacam-se duas alternativas previstas pelo Decreto 4.327/2002:3 a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS.

Referências

- ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões. *História, ciências, saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-1281. out-dez 2014.
- BRAGA NETO, F. C. et al. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013. n. 253

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

PORTELA, M. C. et al. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Revista Saúde Pública*, v. 38, n. 6, p. 811-8, 2004.

SOUZA, L. E. P. F. *A integração do hospital no distrito sanitário: um estudo de caso de Pau da Lima*. Salvador, 2005. 164 f. Dissertação (Mestrado em Saude Comunitária) – Instituto de Saude Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

Hospitais de Pequeno Porte (HPP)

Os HPP são ultimamente vistos como elementos estratégicos para a reformulação do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Seja pela sua elevada participação no sistema, tendo em vista que representam 62% dos estabelecimentos hospitalares do sistema de saúde brasileiro, e 18% dos leitos existentes, distribuídos, majoritariamente, em municípios de pequeno porte interioranos. São hospitais de baixa complexidade e densidade tecnológica e exibem uma baixa taxa de ocupação (32,8%), talvez pelo novo papel que deles se espera. Uma vez consolidada a atenção básica através do Programa de Saúde da Família (PSF), este segmento hospitalar (mais especificamente, os estabelecimentos com até 30 leitos localizados em regiões sanitárias com menos de 30.000 habitantes) passou a ser objeto de política pública específica, consubstanciada na Portaria GM/MS nº. 1.044, de 2004, que institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Trata-se de um segmento estratégico para a integralidade do cuidado no SUS, por sua participação no parque hospitalar, por sua capilaridade para o interior do país e pelo seu potencial de agregar resolubilidade à atenção básica, garantindo continuidade da assistência entre os diferentes níveis de complexidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4 jul./ago. 2007.

Hospital Universitário (HU)

Os Hospitais Universitários (HU) são instituições vinculadas às universidades federais e a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com alinhamento ao ensino superior em saúde e têm como objetivo a formação e pós-graduação de profissionais de saúde e desenvolvimento de pesquisas. Estão ligados aos Ministérios da Educação e da Saúde, sendo que o primeiro subsidia as despesas de pessoal, enquanto o segundo repassa valores correntes pactuados com a gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A “parceria” entre o SUS e os HU está prevista no artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde (LOS), em que os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino se integram ao SUS mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. Além de serem centros de formação de recursos humanos, eles são importantes ao desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, elaboração e aprimoramento de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do SUS. Todavia, deve-se considerar que os HU possuem desafios históricos, como problemas

de financiamento, autonomia gerencial, contratação de pessoal especializado e reestruturação predial. Logo, os HU são uma rede com 46 unidades, mas com heterogênea capacidade instalada de incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Em 2011, o tema da crise dos HU foi objeto de discussão das formulações de políticas públicas e uma estratégia foi desenvolvida para que atendesse às necessidades dos hospitais universitários, promovendo uma mudança sensível no *modus operandi* vivido pelos gestores de hospitais universitários pelo país. Então, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) pela Lei Federal nº 12.550/2011, com Estatuto Social aprovado pelo Decreto nº 7.661/2011, com objetivo de administrar os hospitais universitários. A EBSEH foi apresentada pelo Governo Federal como a solução para a crise do maior complexo hospitalar público do país, resultante da progressiva redução de pessoal que assolou o setor público e da falta de investimentos para dar conta dos objetivos dos Hospitais Universitários: ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde. Assim, a rede de hospitais universitários federais é formada por 50 hospitais (vinculados a 35 universidades federais) e até fevereiro de 2016, 37 haviam assinado contrato com a EBSEH, restando apenas cinco que não fizeram a adesão, somado ao Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que é uma Empresa Pública de Direito Privado, criada pela Lei nº 5.604, de 2 de setembro de 1970.

Referências

OLIVEIRA, G. A. *A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)*. 2014. 153f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (The Brazilian Company of Hospital Services): a new management model? *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 114, p. 365-380, 2013.

Imagem-Objetivo (I-O)

A imagem-objetivo é uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada. Para o documento do Centro Panamericano de Planificação de Saúde (CPPS), “qualquer pessoa ou grupo social pode definir uma situação de saúde futura que considera desejável”; entretanto, acrescenta que “somente a autoridade política que detém o conhecimento de uma situação que vai acontecer e considera o futuro total ou parcialmente dominável, pode desejar uma situação de saúde e atuar para alcançá-la, ou seja, formular uma IO”. (CPPS, 1975, p. 38) A ideologia e o conhecimento da situação de saúde são elementos básicos para a formação da imagem-objetivo, os quais permitem identificar as áreas e problemas que devem ser considerados. Dessa forma, a etapa da caracterização da “situação inicial ou diagnóstico de situação” pode ser considerada uma etapa anterior à formulação da IO. De acordo com o documento “a IO não é uma exposição de problemas nem de soluções. Ela oferece unicamente uma concepção de situações que – de acordo com a ideologia que a alimenta – se considera desejável e orienta a ação para alcançar esta situação, diferente da atual”. (CPPS, 1975)

Referências

CPPS. CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE SALUD. *Formulación de políticas de salud*. Santiago, Chile, 1975.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 136.

Implementação de Políticas de Saúde

A fase de implementação de uma política tem sido considerada o momento crucial do seu ciclo, em que as propostas se materializam em ação institucionalizada mediante a atuação dos operadores da política. Assim, objetivos pouco definidos, estratégias não explicitadas, ausência de análise de viabilidade, dentre outros, interferem nos resultados alcançados e constituem-se em fragilidades no momento de implementação da política, levando, inclusive, a novas formulações na fase de implementação, formulações estas que podem ser feitas alterando ou mesmo rejeitando argumentos previstos na política inicialmente proposta. Um aspecto importante a se observar é que, em alguns casos, o entrelaçamento dos fluxos que promoveram a abertura da “janela” para a tomada de decisão e formulação de uma política não foram suficientes para garantir a implementação da proposta, seja pelo acirramento de conflitos entre os diversos grupos de interesse mediados pela posição da burocracia governamental, seja pela ausência de convencimento dos que se opõem à proposta. Um conjunto de aspectos devem ser considerados no processo de implementação das políticas: condições técnicas como competência da equipe, sistemas de controle, graus de autonomia, redes de comunicação; condições políticas, econômicas e sociais (recursos, apoios, grupos de resistência, grupos não institucionais), e da forma de execução de atividades (clareza das metas, objetivos, diretrizes e responsabilidades

dos implementadores), pois a ausência de um projeto explicitado produz dificuldades não apenas no campo da análise política, mas também internamente para a reprodução na ponta do sistema.

Referência

PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J; ALMEIDA FILHO, N (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 69-81.

Indicador

Instrumento de mensuração para o gerenciamento, avaliação e planejamento das ações em saúde, possibilitando mudanças efetivas nos processos e nos resultados, através do estabelecimento de metas e ações prioritárias que garantam a melhoria contínua e gradativa de uma situação ou agravamento. Pode ser expresso por um fato, número absoluto, proporção, coeficiente (probabilidade) e por índice (percentual). Os indicadores de desempenho podem ser assim denominados: indicadores de estrutura, entendidos como recursos físicos, humanos, materiais, instrumental normativo e administrativo e fontes de financiamento; indicadores de processo, que correspondem as atividades relativas à utilização de recursos nos seus aspectos quanti e qualitativos (média de permanência, taxa de ocupação, índice de giro, rendimento da sala cirúrgica, cirurgias por diagnóstico), e indicadores de resultados, que correspondem às consequências da atividade profissional ou do estabelecimento para a saúde dos indivíduos ou população (satisfação da clientela, morbidade, mortalidade).

Referência

MS. Ministério da Saúde; FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz; CpqAM. CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES; NESC. DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA; LABSIS. LABORATÓRIO DE ANÁLISES DE SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE. *Indicadores em Saúde*. [S.l], [200?]. Apresentação em Power Point. Disponível em: <<http://documentslide.com/download/link/indicadores-em-saude>>. Acesso em: 28 out. 2015.

Indicadores de desempenho

Conjunto de indicadores que podem ser utilizados em processos de avaliação do desempenho de um determinado sistema ou serviço de saúde. Podem ser relativos ao desenvolvimento dos processos, produtos e resultados alcançados pela instituição ou sistema, de acordo com as políticas, os objetivos e metas definidos em um determinado período.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p.136.

Indicadores de resultados

Diz-se de indicadores que apontam os resultados alcançados com o processo de implementação de uma determinada política, plano, programa ou projeto. Definidos geralmente no curso de um processo de monitoramento e avaliação das políticas, planos, programas e projetos, os indicadores de resultados podem também ser elaborados no âmbito de uma pesquisa avaliativa, cujo objetivo seja determinar o alcance do processo de implementação. .

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 136.

Infraestrutura

Conjunto de recursos físicos, materiais e humanos de uma determinada organização ou sistema. No caso do sistema de saúde, diz respeito à capacidade instalada (em termos de estabelecimentos de saúde), incluindo as instalações físicas, os equipamentos e o material de consumo, e o pessoal de saúde (profissionais e trabalhadores) alocado nos diversos postos de trabalho para o desenvolvimento das atividades gerenciais e assistenciais.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 136.

Iniquidades em Saúde

Desigualdades entre grupos sociais consideradas inaceitáveis, configurando injustiças a serem corrigidas através de políticas públicas. Podem ser identificadas iniquidades nas condições de saúde, bem como no acesso e no grau de utilização dos serviços de saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 136.

Inovação

Ao estabelecer as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição Federal de 1988 incluiu o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico. Para isso, desenvolveu-se, dentro da Política Nacional de Saúde, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), visando fortalecer a produção e a partilha de conhecimentos essenciais da área e uma maior articulação entre as ações de fomento científico-tecnológico, além da política de saúde. Atualmente, a saúde humana é o setor de atividades que engloba a maior parte do esforço científico e tecnológico no Brasil, com uma grande demanda da indústria farmacêutica e de conhecimento para produção de itens industriais como medicamentos, vacinas, diagnósticos, equipamentos de saúde, entre outros. O processo de construção de uma política de inovação em saúde no país iniciou-se em 1994, por ocasião da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, se consolidando em 2003, com a criação, dentro do Ministério da Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Investimentos em políticas nacionais de ciência, tecnologia e inovação são fundamentais, na medida em que a assistência farmacêutica, o fomento à pesquisa e o desenvolvimento na área de saúde impactam diretamente o fortalecimento e os serviços disponibilizados pelo SUS.

Referência

INOVAÇÃO. *Pense SUS: SUS de A a Z*. Fiocruz, Rio de Janeiro, [200?]. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/inovacao>>. Acesso em: 28 out. 2015.

Instrumentos de gestão

visando a racionalização do processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), vêm sendo propostos, nos últimos anos, vários instrumentos de gestão, cuja base conceitual e metodológica assenta nos conhecimentos acumulados na área de planejamento e gestão de sistemas de saúde. Nesse sentido, os instrumentos de gestão do SUS incluem a Agenda da Saúde, a programação pactuada integrada (PPI), o Relatório de Gestão, os indicadores propostos no Pacto da Atenção Básica, e outros previstos nas normas e portarias elaboradas no âmbito da Gestão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos. (BRASIL, 2001)

Referências

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. *Instrumentos de gestão: manual de consulta rápida*. Brasília, DF, 2001.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 136.

Integralidade

Diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde dos diversos grupos da população. (PAIM, 1994; PINHEIRO; MATOS, 2009)

Referências

PAIM, J. S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-466.

PINHEIRO, R.; MATOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

Internação psiquiátrica compulsória

Uma das três modalidades de internação psiquiátrica, sendo, também, uma das duas contrárias à vontade do sujeito a ser internado. A internação psiquiátrica compulsória é a única oriunda de determinação judicial (Art. 6º, Lei nº 10.216/01), conforme a lei vigente (lei penal). Sendo um tratamento forçado pelo sistema de justiça, trata-se de “medida de segurança”, imposição judicial destinada à pessoa adulta, dentro de processo criminal em que se atribui diagnóstico psiquiátrico que tenha alguma relação com a prática do delito ou com a pena eventualmente determinada. Nesse sentido, trata-se de tratamento compulsório em lugar da pena criminal.

Referências

BRASIL. Lei federal n. 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001. Brasília, 2011.

Intersetorialidade (1)

Intersetorialidade corresponde à articulação entre os diversos setores da administração pública, organizações não governamentais e, eventualmente, do setor privado. A parceria intersetorial pode ser entendida como o processo de criação de iniciativas interorganizacionais conjuntas de dois ou mais setores, envolvendo o Estado (governo), o mercado (de negócios) e a sociedade civil (organizações não governamentais (ONGs), sem fins lucrativos etc). (AHGREN; AXELSSON, 2007; BALCÁZAR et al., 2009; CAÇAPAVA; CAMPOS et al., 2011; COLVERO; GIOVANELLA et al., 2009; MACADAM, 2011; MEDINA, 2014; PEREIRA, 2009)

Referências

- AHGREN, B.; AXELSSON, R. Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *The International journal of health planning and management*, Chichester, v. 22, n. 2, p. 145-157, Apr-Jun, 2007.
- BALCÁZAR, H. et al. A promotora de salud model for addressing cardiovascular disease risk factors in the US-Mexico border region. *Preventing Chronic Disease*, Atlanta, v. 6, n. 1. 2009.
- CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. A.; PEREIRA I. M. T. B. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 446-455, 2009.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, Jun. 2009.
- MACADAM, M. Progress toward integrating care for seniors in Canada: “We have to skate toward where the puck is going to be, not to where it has been.” *International Journal of Integrated Care*, Utrecht, 2011.
- MEDINA, M. G. Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis. Relatório de pesquisa: produto 3. Projeto de cooperação entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) ATN/OC-12233- BR: O Sistema Único de Saúde em Estados e Municípios, 2014.

Intersetorialidade (2)

A intersetorialidade consiste na articulação de saberes e experiências, no planejamento, realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social. (INOJOSA, 2001; JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997)

Referências

- INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n. 22, p.101-110, 2001.
- JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. ; KOMATSU, S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD “EL TRÁNSITO DE LA CULTURA BUROCRÁTICA AL MODELO DE LA GERENCIA PÚBLICA: PERSPECTIVAS, POSIBILIDADES Y LIMITACIONES”, 11., 1997, Caracas. *Trabalho apresentado....Caracas: Unesco/Clad.*, 1997. p. 63-124.

Intersetorialidade (3)

A intersetorialidade é uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema, visando alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais

efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo isoladamente. (TEIXEIRA; PAIM, 2002)

Referência

TEIXEIRA, C.; PAIM, J. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *RAP: revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, nov./dez. 2000.

Intervenção em Saúde

Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Pode ser uma política (Política Nacional de Atenção Básica), um programa (Programa Nacional de Imunização), um nível do sistema de saúde (atenção primária à saúde), um serviço (Unidade de Tratamento Intensivo), uma tecnologia (medicamentos, protocolos de tratamento) ou uma ação dos serviços e sistemas de saúde ou de outros setores sociais (programas de saneamento, políticas de geração de renda ou políticas macroeconômicas).

Referência

HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. Disponível em: <http://www.faa.br/PDF/livros_eletronicos/medicina/6_Avaliacao_em_saude.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

Judicialização

Os juristas usam o termo judicialização para se referirem à obrigação legal de que um determinado tema seja apreciado judicialmente. Próximo a esse sentido, mas já com caráter normativo, afirma-se que judicialização é o ingresso em juízo de determinada causa, que indicaria certa preferência do autor por esse tipo de via. (MACIEL; KOERNER, 2002) Uma outra corrente considera que a judicialização se refere ao protagonismo do Poder Judiciário no âmbito das relações sociais e políticas. Esse processo de expansão do Poder Judiciário, identificado como judicialização da política foi analisado inicialmente por Tate e Valinder (1995) publicado no livro *The Global Expansion of Judicial Power*. Na análise, os autores descrevem que a judicialização da política ocorreria por dois meios. O primeiro seria derivado da postura ativa do Poder Judiciário no sentido de criar ou intervir na criação de políticas públicas. O segundo meio seria através da absorção de procedimentos característicos do Poder Judiciário por instituições não judiciárias. Destes, o primeiro seria o mais recorrente e o foco da análise dos autores. O ativismo judicial seria entendido como a predisposição dos magistrados à judicializar. Em outros termos, a atitude ativa dos juízes no sentido de alterar ou impelir alterações em uma política pública, pela via do controle de constitucionalidade, ou criar uma política pública pela via jurisprudencial. (TATE; VALINDER, 1995) Nas Ciências Sociais brasileiras, o termo ganhou grande notoriedade a partir da pesquisa de Vianna *et al* (1999), intitulada *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Para o autor o termo judicialização pode ser utilizado também para descrever o alargamento das relações sociais como objetos do direito, passíveis de serem trazidas à discussão jurídica e também judicial, visto que as transformações trazidas pela Constituição Federal de 1988 no Brasil alargaram as possibilidades de ações junto ao Poder Judiciário e, assim, este Poder vem decidindo crescentemente sobre os mais diversos temas sociais, políticos e econômicos que passam a ser abrigados pelo Direito. (VIANNA, 1999) Desse modo, o fenômeno da judicialização tem origem comum com o movimento de constitucionalização do direito ordinário. O que mudou foi a infiltração de princípios de justiça social onde havia o império da lei. Para Boaventura de Sousa Santos (1996), quando esse protagonismo ocorre na arena republicana, levantam-se três questões a respeito do Poder Judiciário: a da legitimidade, a da capacidade e a da independência. O desempenho do Judiciário guarda relação também com outros fatores: o nível de desenvolvimento do país e sua posição no sistema de economia globalizado; a cultura jurídica dominante, associada aos grandes sistemas ou famílias de direito; o processo histórico, por meio do qual a cultura jurídica emergiu e se desenvolveu; e a propensão litigiosa da sociedade estudada, associada aos meios e recursos, formais e informais, de resolução de litígios em determinada cultura. (SANTOS, 1996)

Referências

- MACIEL, D.; KOERNER, A. Sentidos da judicialização da política: duas análises. *Lua Nova*, São Paulo, n. 57, p. 113-133, 2002.
- SANTOS, B. et. al. *Os tribunais nas sociedades contemporâneas: o caso português*. Ed. Porto, Portugal: Afrontamento, 1996. (Coleção Saber Imaginar o Social 8).

TATE, C. N.; VALLINDER, T. *The global expansion of judicial power*. New York: University Press, 1995.

VIANNA, L. W. *A Judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan; set. 1999.

Judicialização da Saúde

De forma resumida, a judicialização da Saúde consiste na reclamação por bens e serviços de saúde através da via judicial. As ações judiciais visando garantir acesso a bens e serviços, desde o fornecimento de medicamentos até a disponibilização de exames e cobertura para o tratamento de determinadas doenças, propostas por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), tomaram grande vulto no início dos anos 2000, por conta da demanda de novos medicamentos para o tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), 92 lançados nesse período. (BRASIL, 2005) A maioria das ações é movida para reivindicar medicamentos, tanto os que são contemplados pelo SUS, ou seja, pertencentes às listas de medicamentos oficiais, mas que, por algum motivo, não são efetivamente disponibilizados, quanto para solicitar medicamentos que ainda não estão incorporados ao SUS, muitas vezes recém-lançados no mercado ou mesmo em fase experimental. As operadoras de planos e seguros privados de saúde também são frequentemente réis em ações judiciais. Os usuários recorrem à Justiça para terem acesso a serviços negados ou ainda contra aumentos que consideram abusivos dos valores a serem pagos. Nesse âmbito, é geralmente o *Código de Direito do Consumidor* que vem à baila nas argumentações das partes e nas sentenças dos magistrados. Alguns estudos brasileiros enfocam os efeitos negativos dessa prática para a regulação da política pública, para a justiça distributiva e para o funcionamento da democracia. Diversas publicações defendem a tese de que a judicialização de medicamentos rompe princípios de equidade em Saúde, pois ocorre predominantemente entre as classes da população que seriam capazes de adquirir os medicamentos solicitados. (BORGES; UGÁ, 2010; PEREIRA et al, 2010; CHIEFFI; BARATA, 2009; VIEIRA; ZUCI, 2009) Em contrapartida, Fleury (2012) aponta que judicialização da Saúde colocada como tutela coletiva será imprescindível para salvar o SUS das medidas de introdução da gestão privada e/ou da construção de serviços por privados no SUS, o que têm reduzido a transparência na gestão, além de ter criado privilégios para exploração empresarial em serviços de relevância pública, favorecendo a precarização das relações de trabalho em serviços essenciais de saúde. Enfim, esta lógica, que, por um lado, afirma a minoridade dos pisos dos direitos sociais e, por outro, atribui ao setor privado condições mais favoráveis para uma gestão exitosa, certamente terminará por destruir as garantias ao direito universal à saúde, nos termos em que foi constitucionalizado. (FLEURY, 2012) De qualquer modo, a judicialização da saúde é um fenômeno que precisa ser analisado por estudiosos do campo da saúde e também do direito, uma vez que, como salienta Romero (2010), não há consenso sobre o suposto benefício ou suposto malefício do crescimento da judicialização para a própria política de saúde. Neste contexto, situam-se dois atores: a sociedade civil como demandante e o Estado que é responsável pela elaboração e pela execução das políticas públicas através dos Poderes Executivo e Legislativo, como também é responsável por resolver os conflitos através do Poder Judiciário. (BORGES; UGÁ, 2010; ASENSI, 2013; CHIEFFI; BARATA, 2009) O principal argumento de defesa dos poderes públicos para a não disponibilização de bens e/ou serviços solicitados através de processos judiciais refere-se à reserva do possível, quando alegam que o bem ou serviço solicitado estão acima da capacidade financeira do município, do estado ou

da União. Em contrapartida, Sarlet e Figueiredo (2008, p. 42) destacam que o direito à saúde, como norma dos direitos fundamentais, fica de certo modo afetado pelo princípio da reserva do possível em relação a sua limitada disponibilidade financeira, visto que a garantia de um direito fundamental ao mínimo existencial opera como parâmetro mínimo dessa efetividade, impedindo tanto omissões quanto medidas de proteção e promoção suficientes por parte dos atos estatais. Ver Reserva do possível. Ver Mínimo existencial.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Glossário temático: saúde suplementar*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- ASENSI, F. A judicialização da saúde no Brasil. *Revista Justiça e Cidadania*, Rio de Janeiro, n.155, 2013. Disponível em: <<http://www.editorajc.com.br/2013/08/a-judicializacao-da-saude-no-brasil/>>. Acesso em: 23 set. 2015.
- BRASIL. Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõem sobre os planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 jun. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *O Remédio via Justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, jan, 2010.
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.
- FLEURY, S. A. Judicialização pode salvar o SUS. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012.
- PEREIRA, J. R. et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3551-3560, 2010.
- ROMERO, L. C. A Jurisprudência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal em Ações de Medicamentos. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 11-59, jul./out. 2010.
- SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. *Revista de Doutrina da 4ª Região*, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html>. Acesso em: 23 set. 2015.
- SCHEFFER, M. *Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo*. Dissertação (Mestrado Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 672-683, 2009.

Legislaturas

No Brasil, o Congresso Nacional, composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, tem a atribuição constitucional de exercer o Poder Legislativo no âmbito federal. Essa importante instituição política, comumente denominada de Legislativo (ou Parlamento) brasileiro, desempenha suas atividades por meio de representantes do povo e da federação eleitos pelos cidadãos a cada quatro anos, nas eleições gerais, para atuarem na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, respectivamente. Não obstante a renovação do Senado ser realizada, alternadamente, por um terço e dois terços, cabe considerar que, atualmente, cada Congresso Nacional eleito atua por quatro anos, que é o tempo de duração de cada legislatura. A Constituição Federal de 1988 estabelece que cada legislatura terá a duração de quatro anos, tempo que coincide com o mandato de Deputado Federal e equivale à metade da duração do mandato de Senador da República, que é de oito anos. Numa perspectiva temporal da legislatura no Brasil, cabe compreendê-la como o intervalo de tempo em que cada Congresso Nacional eleito tem competência para exercer o Poder Legislativo, sem que haja a renovação de sua composição, ou ao menos a possibilidade de que isso aconteça, em virtude de novas eleições gerais.

Referência

LEGISLATURA. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, [201?] Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/participe/fale-conosco/perguntas-frequentes/Institucional##7>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

Liderança

Capacidade de condução e de direção, materializada na figura de um chefe, cujo conhecimento, experiência e qualidades de relacionamento interpessoal favorecem que este encarne os objetivos e valores de um determinado grupo ou instituição. A literatura contemporânea sobre liderança destaca a influência que um determinado líder exerce sobre os membros de um grupo, em função de qualidades pessoais, como conhecimento de si mesmo, iniciativa, coragem, persistência e integridade, chamando a atenção, porém, que estas não são necessariamente características inatas, e podem ser adquiridas através do treinamento e experiência. (MOTA, 2003; RIVERA, 2001, 2003)

Referências

MOTA, P. R. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 14 ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

RIVERA, J. U. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 209-219, 2001.

RIVERA, J. U. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

Lideranças Comunitárias

Pessoas que exercem atividades de condução e direção de grupos da população, geralmente organizados em função do enfrentamento de uma problemática comum, como é o caso da

dificuldade de acesso a serviços de saúde. O líder comunitário se destaca por sua competência em comunicar-se com as pessoas, traduzindo seus anseios e expectativas, formulando suas propostas em termos claros e precisos, facilitando o estabelecimento de confiança recíproca e a delegação de autoridade para que o líder exerça um papel de representação dos interesses do grupo.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 138.

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.

Referência

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: Políticas Públicas em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004. p. 74.

Marco Legal

Conjunto de leis e normas que regem o processo de formulação e implementação de uma determinada política, estabelecendo os limites do que pode e deve ser feito por parte das autoridades governamentais nas diversas esferas de governo.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 138.

Marco Regulatório

Conjunto de leis e normas que regem a organização e o funcionamento de um determinado sistema ou instituição. No caso da saúde, trata-se das leis e normas que regem a organização e o funcionamento do sistema de saúde em sua totalidade ou em suas partes componentes.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 138.

Marketing social

Refere-se ao desenvolvimento de atividades de comunicação social em saúde, que contemplam mensagens publicitárias dirigidas à mudança de comportamentos e estilos de vida consentâneos com a promoção da saúde e a prevenção da exposição a riscos por parte da população em geral ou a grupos específicos da população.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 138.

Materiais Educativos

Textos, cartilhas, filmes, cartazes, e outros materiais utilizados em atividades de educação e comunicação em saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 138.

Medicamento

O termo medicamento difere das expressões droga, fármaco e remédio. Droga consiste em qualquer substância química capaz de produzir um efeito farmacológico, ou seja, provocar alterações somáticas ou funcionais benéficas (referindo-se a droga-medicamento) ou malélicas

(referindo a droga-tóxico). Popularmente, a palavra droga indica substância de abuso. O fármaco é uma droga-medimento de substância química bem definida; pode passar por processos tecnológicos que lhe conferirão uma forma farmacêutica (comprimido, cápsula, gel, creme, pomada, pó etc.), uma indicação terapêutica e um modo de uso específico capaz de produzir efeitos benéficos, mas não isentos de riscos, caracterizando o medicamento. Pode ser identificado por uma Denominação Comum Internacional (DCI) ou, no caso do Brasil, Denominação Comum Brasileira (DCB) ou pelos nomes de marca ou fantasia. Já o remédio pode ser entendido como qualquer recurso que promova ou restabeleça o bem-estar de um indivíduo, podendo ser um medicamento, um chá, uma massagem ou até mesmo uma conversa. Na perspectiva da Saúde Coletiva, além da dimensão técnica do medicamento como um produto de saúde ou tecnologia de saúde dotada de propriedades (farmacológicas, farmacocinéticas, farmacodinâmicas, eficácia e segurança) capazes de reparar, minimizar ou prevenir uma situação indesejável a um indivíduo, o medicamento também agrega as dimensões: econômica (representada pelo custo envolvido para o indivíduo ou para a gestão do sistema de saúde municipal, estadual ou federal e por ser um bem de consumo inserido no complexo produtivo da saúde); simbólica (representada pela simbologia que o indivíduo ou grupos atribuem ao medicamento); ideológica (resultante da produção social de sentido sobre o medicamento); política (a partir da articulação das dimensões anteriores e como isso se reflete nas decisões do Estado na formulação de políticas relacionadas) e sanitária (visto que é uma tecnologia, um produto relacionado à saúde individual e coletiva, que desde a sua produção até o descarte pode oferecer riscos à saúde, requerendo, portanto, regulação em todas as etapas do seu processo produtivo). Tomando o referencial de necessidade desenvolvido por Heller (1986), pode-se entender o medicamento como uma necessidade existencial, naquelas situações que requeiram o seu uso para a recuperação ou manutenção da saúde. Também se pode entendê-lo como uma necessidade social, na medida em que é determinada pela prática médica, pelas condições dos serviços de saúde e também pelo mercado capitalista criador de necessidades que são impostas para toda a sociedade. O medicamento está inserido em um conjunto de atividades que promovem a sua existência e manutenção no mercado e na sociedade, o que lhe possibilita ser entendido também como uma mercadoria. (PIGNARRE, 1999) Tais atividades abrangem, no geral, a pesquisa e o desenvolvimento do medicamento, a produção, seleção para uso nas populações conforme critérios específicos, a distribuição (aos mercados, serviços de saúde e indivíduos) e o consumo (compreendendo a prescrição, a dispensação, o uso e o descarte adequado). Ainda integra esse conjunto as ações de regulação e vigilância sanitária, representadas pelas intervenções do Estado sobre todas as atividades com medicamentos, mediante políticas específicas.

Referências

- HELLER, A. *A teoria das necessidades em Marx*. Barcelona: Ed. Península, 1986.
- LEFÈVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Comodesarrollar y aplicar una política farmacêutica nacional*. Ginebra, 2003.
- PIGNARRE, P. *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- SILVA, P. *Farmacologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Medicamento de Referência

Produto inovador, detentor de uma patente, registrado no órgão federal de vigilância sanitária - Agência Nacional de Vigilância Sanitária – (Anvisa) e comercializado no país. Apresenta eficácia, segurança e qualidade comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro.

Referência

BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 set. 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6360.htm>. Acesso em: 20 set.2015.

Medicamento Especial

Conceito estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (2002), para referir-se aos medicamentos que satisfazem às necessidades prioritárias da população e que sejam, ao mesmo tempo, eficazes, seguros e custos-efetivos, devendo estar disponíveis em quantidades adequadas, formas farmacêuticas apropriadas e a um preço que o indivíduo ou a coletividade possa pagar. Tais medicamentos são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a todos os cidadãos conforme suas necessidades e estão dispostos em uma lista denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), organizada por uma comissão de especialistas e revisada a cada dois anos. A RENAME constitui um eixo estratégico da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e é um instrumento que orienta as práticas de saúde envolvendo medicamentos, as políticas de pesquisa e desenvolvimento tecnológico e as parcerias para o desenvolvimento produtivo, sendo, portanto, indutora de outras políticas farmacêuticas. Constituindo-se também como um instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica. A partir da RENAME, os estados e municípios elaboram suas próprias listas de medicamentos essenciais.

Referências

HELLER, A. *A teoria das necessidades em Marx*. Barcelona: Ed. Península, 1986.

LEFÈVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Comodesarollar y aplicar uma política farmacêutica nacional*. Ginebra, 2003.

PIGNARRE, P. *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Ed. 34, 1999.

SILVA, P. *Farmacologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Medicamento Genérico

Medicamento similar a um produto de referência ou inovador, com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua bioequivalência, biodisponibilidade, eficácia, segurança e qualidade. É designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI).

Referência

BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 set. 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6360.htm>. Acesso em: 20 set.2015.

Medicamento Similar

Aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica e que é equivalente ao medicamento de referência registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Pode diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, e deve sempre ser identificado por nome comercial ou marca. São intercambiáveis com os medicamentos de referência.

Referência

BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 set. 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6360.htm>. Acesso em: 20 set.2015.

Mínimo Existencial

A teoria do Mínimo Existencial visa a elucidar a necessidade e a busca do ser humano pela sobrevivência e declara o mínimo que se há de ter para uma vida digna. É a teoria intrínseca no rol dos Direitos Fundamentais, preconizados pela Carta Magna de 1988. (FRAGA, 2010) Assim, o conceito de mínimo existencial está intimamente ligado ao da dignidade da pessoa humana e, por sua vez, ao direito à vida, por abrangerem prestações básicas para a sua efetivação e também por estarem de alguma forma ligados aos direitos fundamentais. Desse modo, para Kirchhoff (2011) deve-se compreender que para o reconhecimento dos direitos fundamentais levou-se em conta a garantia de uma vida digna, de condições mínimas para a sobrevivência. Com isso, subentende-se que a saúde é o mínimo (existencial) que um Estado democrático de direito deve prestar a seus cidadãos, cumprindo com seu papel de garantidor.

Referências

FRAGA, A. C. de. A escassez de recursos e a sociedade contemporânea. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, n. 78, ano 8, jul. 2010. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8090>. Acesso em: 10 set. 2015.

KIRCHHOFF, K. A efetividade da tutela antecipada nas ações de medicamentos. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, n. 90, ano 14, jul. 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9931>. Acesso em: 10 set. 2015.

Modelo de Atenção à Saúde

A revisão da literatura latino-americana e brasileira sobre o tema revela que o interesse em definir e conceituar “modelo de atenção” surgiu no contexto do debate internacional sobre reformas do sistema de saúde, especialmente com a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde (Silos), fomentada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) nos anos 80. No Brasil, este debate deu lugar à elaboração de várias definições, baseadas em enfoques

teórico-conceituais distintos. A primeira delas parte da definição apresentada pela OPS (1992) segunda a qual “modelo de atenção” é uma forma de organização das unidades de prestação de serviços de saúde, ou seja, uma forma de organização dos estabelecimentos de saúde, a saber, centros de saúde, policlínicas, hospitais. Nessa perspectiva, a organização dos serviços pode assumir um formato de rede, entendida como conjunto de estabelecimentos voltados à prestação de serviços do mesmo tipo, por exemplo, rede ambulatorial, rede hospitalar, ou por serviços de distintos níveis de complexidade tecnológica, interligados por mecanismos de referência e contrarreferência, constituindo assim, redes integradas de atenção à problemas ou grupos populacionais específicos, as quais constituem a base operacional de sistemas de saúde. (MENDES, 2009) A segunda emergiu do debate em torno das possibilidades de organização do processo de prestação de serviços de saúde em unidades ou estabelecimentos de saúde na época de implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) entre 1987 e 1989. Baseia-se na análise crítica da lógica que presidia a prestação de serviços, e distingue a “atenção à demanda espontânea”, da “oferta organizada” (PAIM, 1993a) tomando como principal critério a distinção entre a “consulta” e a “programação/ações programáticas” (SCHRAIBER, 1990), ou seja, a existência ou não de um processo de identificação, seleção e priorização de necessidades de saúde da população atendida. Dessa reflexão surgiu, inclusive, a proposta de organização da Vigilância da Saúde, entendida como uma forma de organização das práticas de saúde que contempla a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção e controle de riscos, assistência e reabilitação, de modo a se desenvolver uma atenção integral a problemas de saúde e seus determinantes, a necessidades e demandas da população em territórios específicos. (PAIM, 1993b; TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998) A terceira definição fundamenta-se na identificação dos elementos estruturais do processo de trabalho em saúde e considera que “modelos assistenciais”, podem ser entendidos como “combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde”. Nessa perspectiva, os modelos assistenciais são “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas”. (PAIM, 2002) Além dessas definições, pode-se conceber “modelo de atenção”, de forma sistêmica, articulando três dimensões: uma gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção das ações de saúde, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde em vários planos, quais sejam os da promoção da saúde, da prevenção de riscos e agravos, da recuperação e reabilitação. (TEIXEIRA, 2003) Essa concepção contempla, portanto, desde o nível “micro” das práticas realizadas nas diversas linhas de ação do sistema, passando pelo nível “meso” de articulação dos serviços e estabelecimentos de saúde em redes até o nível macro, que contempla a estruturação de sistemas que envolvem, além das práticas e serviços de

saúde, as ações político-gerenciais que conferem organicidade e sustentabilidade ao processo de prestação de serviços à população. Nessa perspectiva “ampliada”, a transformação do modelo de atenção, para ser concretizada, exige a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível “micro”, ou seja, com o desencadeamento de processos político-gerenciais que criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais propriamente ditas, isto é, no âmbito das práticas de saúde. Essas mudanças podem incidir tanto sobre o conteúdo das práticas quanto na forma de organização do processo de trabalho, nos estabelecimentos de saúde, nos diversos níveis de complexidade e também na forma de organização das unidades em redes territorializadas de serviços que contemplem princípios de economia de escala na distribuição territorial dos recursos e, ao mesmo tempo busquem o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população. (TEIXEIRA, 2003) No âmbito do sistema de saúde brasileiro pode-se identificar a existência de vários modelos, que se diferenciam em função da concepção adotada acerca da finalidade do trabalho (prevenir e/ou curar), à natureza do objeto (processo saúde-doença no plano individual ou coletivo) de trabalho, às características do sujeito (profissionais e trabalhadores de saúde) e da tecnologia empregada, configurando-se distintas relações técnicas e sociais de acordo com a forma de organização do processo de produção de serviços nas diversas sociedades. No Brasil predomina o modelo médico-assistencial privatista e o modelo sanitaria, ponto de partida do processo de reforma que pretende construir um modelo de atenção integral à saúde que contemple as distintas práticas (promoção, prevenção e assistência) em diversos níveis de complexidade organizacional dos serviços (atenção básica e atenção de média e alta complexidade).

Referências

- MENDES, E. V. *As redes integradas de atenção à saúde*. Belo Horizonte. ESP/MG, 2009.
- PAIM, J. S. A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários In: MENDES (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1993a. p. 187-220.
- PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993b. p. 455-466.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. MEDSI, Rio de Janeiro, 2003. p. 567- 586.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L, et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.
- SCHRAIBER, L. (Org.). *Programação em Saúde hoje*. São Paulo: HUCITEC, 1990.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A.L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr. /jun.1998.
- TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: ISC, 2002.
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: promoção vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 209-236.
- TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.
- TEIXEIRA, C. F. VILASBOAS, A. L. Modelos de atenção à Saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 287-301.

Modelo Lógico da Intervenção

O modelo lógico é uma representação gráfica da teoria do programa como requerido pela análise lógica ou pode representar o programa como está sendo operacionalizado na prática.

Referência

VIEIRA-DA-SILVA, L. V. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

Modelo Teórico da Intervenção

O modelo teórico da intervenção é um sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto-modelo, que é, por sua vez, uma representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal. (BUNGE, 1974)

Referência

BUNGE, M. Os conceitos de modelo: modelos na ciência teórica. In: BUNGE, M. *Teoria e realidade*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

Momentos do processo de Planejamento

Segundo o enfoque situacional, o processo de planejamento é constituído de “momentos” – o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional – cada um deles trazendo em si mesmo os demais, diferenciando-se apenas por uma questão de ênfase, seja no conhecer, no dever ser, no poder ser ou no fazer. A noção de “momento” não se refere à etapas seqüencialmente rígidas, de modo que, na prática, pode-se desencadear o processo em qualquer momento. (MATUS, 1993; TEIXEIRA, 2010)

Referências

MATUS, C. *Política, planificação e governo*. 2. ed. Brasília: IPEA, 1993. p. 297–554. 2 Tomos.

TEIXEIRA, C. (Org.). *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 119.

Monitoramento

O mesmo que acompanhamento, processo de supervisão continuada do processo de implementação de uma determinada política, plano ou programa.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 138.

Movimento da Reforma Sanitária

Na década de 1970, movimentos sociais que combateram a Ditadura Militar e participaram das lutas pela democratização da saúde vinculavam-se à redemocratização do país e à democratização da vida social. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Assim, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década

de 1970, mas se amplia com a redemocratização, chegando a influenciar a Constituição de 1988 na concepção de seguridade social e no capítulo da saúde, com destaque para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos 40 anos o movimento da Reforma Sanitária Brasileira se expressa mediante várias entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), entre outras, além da atuação de Conselhos de Saúde, fóruns, frentes etc.

Referência

ESPERIDIÃO, M. A. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.245-269.

Movimentos Feministas

Os movimentos feministas podem ser definidos como movimentos coletivos de luta de mulheres por direitos e pela igualdade de gênero, que emergem da dissonância entre a afirmação dos princípios universais de igualdade, e a realidade da divisão desigual dos poderes entre homens e mulheres. Segundo Schiebinger (2001) o(s) feminismo(s) é um fenômeno social complexo e heterogêneo, que inclui diferentes correntes teóricas e políticas. Esta diversidade dificulta uma definição consensual, entretanto alguns elementos aparecem comuns nas diferentes ações sociopolíticas que se autointitulam como feministas. Nesta perspectiva, as reivindicações tinham/tem como foco duas proposições centrais: o reconhecimento da opressão específica vivida pelas mulheres e a certeza de que as diferenças nas relações entre homens e mulheres não estão inscritas na natureza ou na biologia, e sim na organização sócio-política das sociedades sendo, portanto, passíveis de mudança. Algumas historiadoras e feministas da América do Norte e da Europa distinguem os movimentos feministas a partir de períodos históricos denominados como ondas. A primeira onda corresponde à segunda metade do século XIX e início do século XX e é, frequentemente, associada às reivindicações do direito ao voto. Já na segunda onda localizada na metade da década de 1960 e no começo dos anos 1970 do século XX, os movimentos feministas enfatizavam que é impossível a igualdade em uma sociedade patriarcal. *O Segundo Sexo*, livro de Simone de Beauvoir publicado pela primeira vez em 1949, torna-se um marco. Nele, a autora apresenta uma das máximas do(s) feminismo(s): “não se nasce mulher, torna-se mulher”. *A mística feminina* livro de Betty Friedan, publicado em 1963, é outra publicação importante. Fougeyrollas-Schwebel (2009) destaca que o maior impacto trazido pelo feminismo dos anos 1970 não foi apresentar ou afirmar novas formas de reivindicações e demandas de direito, mas o de questionar os domínios do político, apresentando a máxima de que o privado é político. Desde os anos 1970 iniciam-se, também, questionamentos relacionados à representatividade das pautas dos movimentos feministas, sobretudo nos Estados Unidos. Esses questionamentos reverberam nas décadas de 1980/1990 iniciando-se uma terceira onda denominada por algumas teóricas na contemporaneidade como feminismo pós-moderno. De modo geral, a emergência dessa nova onda está relacionada ao feminismo negro, que questiona a condição feminina universal com necessidades iguais, elucidando a importância de uma análise interseccional que considere os diferentes marcadores sociais: gênero, raça, etnia, classe, geração etc, interconectados e relacionados ao contexto socioeconômico mais amplo; ao feminismo lésbico, que problematiza as normatividades no

exercício da sexualidade; e à crise epistemológica com o surgimento de diferentes perspectivas teóricas de desconstrução como, por exemplo, a Teoria *Queer*. Ver Feminismo.

Referências

- FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, D. Movimentos Feministas. In: HIRATA, H et al. (Org.). *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: Unesp, 2009.
- MAYORGA, C. et al. As críticas ao gênero e a pluralização do feminismo: colonialismo, racismo e política heterossexual. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 336, 2013.
- NOGUEIRA, C. *Gênero e sexualidade* numa perspectiva feminista interseccional: o cenário em Portugal. Salvador: Instituto de Saude Coletiva, UFBA, 2016. Video. (52min. 52s.). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=nxPU5GZ37WI>>. Acesso em: 18 out. 2016.
- PINTO, C. R. J. *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.
- PINTO, C. R. Feminismo, história e poder. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 18, n. 36, 2010.
- PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, Goiania, v. 11, n. 2, 2008.
- SARTI, C. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 264, 2004.
- SCHIEBINGER, L. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: Edusc, 2001.

Movimentos Sociais

Para Gohn (2013), Movimentos Sociais são ações sociopolíticas construídas por atores coletivos de diferentes classes sociais, numa conjuntura específica de relações de força na sociedade civil. Segundo a autora, as ações desenvolvem um processo de criação de identidades em espaços coletivos não institucionalizados, gerando transformações na sociedade, seja de caráter conservador ou progressista. Assim, Movimentos sociais são “Ações coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam distintas formas de os indivíduos se organizarem e expressarem demandas”. Definições clássicas citam como suas características básicas: uma identidade, um opositor e um projeto de vida e de sociedade para articulá-los. Na ação concreta, os movimentos adotam diferentes estratégias, que variam da simples denúncia à pressão direta (mobilizações, marchas, concentrações, passeatas, distúrbios à ordem constituída, atos de desobediência civil, negociações etc.) e às pressões indiretas. Na atualidade, os principais movimentos atuam por meio de redes sociais locais, regionais, nacionais e transnacionais, utilizando-se de novos meios de comunicação e informação, como a internet. Exercitam o que Habermas denominou como “agir comunicativo”. A criação e o desenvolvimento de novos saberes são produtos dessa comunicabilidade. Na História, os movimentos sempre existiram, tendo ciclos, fluxos ascendentes e refluxos – alguns estratégicos, de resistência ou rearticulação em face de nova conjuntura e das novas forças sociopolíticas em ação. Eles representam forças sociais organizadas, aglutinam as pessoas em campos de atividades e de experimentação social, e essas atividades são fontes geradoras de criatividade e inovações socioculturais. A experiência de que são portadores não advém de forças congeladas do passado, embora elas tenham importância crucial ao criar uma memória que, quando resgatada, dá sentido às lutas do presente. A experiência se recria cotidianamente, na adversidade das situações que enfrentam. Touraine afirmou que os movimentos são o coração, o pulsar da sociedade. Eles expressam as resistências ao velho que os oprime, ou a construção do novo que os liberte.

Energias sociais antes dispersas são canalizadas e potencializadas por meio de suas práticas em “fazeres propositivos”. O repertório de lutas que eles constroem demarca interesses, identidades, subjetividades e projetos de grupos sociais. Por isso, há diferentes modalidades de movimentos, dos progressistas aos conservadores, dos que lutam pela transformação social aos que lutam pela preservação do *status quo*, dos pacifistas, com atos pela paz, ou de desobediência civil aos radicais e revolucionários que lutam via guerrilhas ou com o uso de atos transgressores. Historicamente, a categoria de movimento que se destaca é a dos progressistas, que lutam pela mudança social e que são elementos fundamentais na sociedade moderna, como agentes construtores de realidades sociais novas, com suas práticas e demandas, participando da construção da cultura político-social de uma nação. Eles são a base de diferentes teorias e elaborações conceituais. Os movimentos sociais contemporâneos têm contribuído para organizar e conscientizar a sociedade; apresentam conjuntos de demandas, via práticas de pressão ou mobilização e têm certa continuidade e permanência. Não são apenas reativos, movidos só pelas necessidades (fome ou qualquer forma de opressão), pois podem surgir e se desenvolver também a partir de uma autorreflexão sobre sua experiência. Eles têm sido considerados, por vários analistas, como elementos e fontes de inovações e mudanças sociais. Existe também um reconhecimento de que eles detêm saberes decorrentes de suas práticas cotidianas, passíveis de apropriação e transformação em força produtiva, a exemplo do conhecimento que os indígenas detêm sobre a floresta. Os movimentos realizam diagnósticos sobre a realidade social e constroem propostas. Atuando em redes, constroem ações coletivas de resistência à exclusão e lutam pela inclusão social. Eles constituem e desenvolvem *empowerment* de atores da sociedade civil organizada, à medida que criam sujeitos sociais para atuação em rede. Tanto os movimentos sociais de décadas passadas como os atuais têm construído representações simbólicas afirmativas por meio de discursos e práticas. Eles criam identidades dos grupos, antes dispersos e desorganizados, como acentuou Melluci (1980), e, ao realizarem essas ações, projetam em seus participantes, antes excluídos, sentimentos de pertencimento social.

Referências

GOHN, M. G. Movimentos Sociais In: IVO, A. B. L. (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporânea*. São Paulo: Annablume, 2013. p. 309-319.

GOSS, K. P; PRENUNCIO, K. O conceito de movimentos sociais revisitado. *Revista Em Tese*, Florianópolis, v. 2, n. 1/2, p. 78, jan./jul. 2004.

Movimentos Sociais em Saúde

Movimentos sociais têm sido definidos como “ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam distintas formas de a população se organizar e expressar suas demandas”. (GOHN, 2004, p. 13) Os movimentos sociais não são virtuosos em si mesmos. Há movimentos sociais progressistas que se caracterizam por fazeres propositivos e se comprometem com a emancipação dos sujeitos, a transformação da sociedade, a afirmação de direitos sociais e a defesa das liberdades. Existem, também, movimentos sociais conservadores, quando se verifica a imposição de interesses particulares, contrários à emancipação. (GOHN, 2003) Os movimentos sociais em Saúde podem contemplar o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento ou propugnarem por uma mudança social mais ampla. (ESPERIDIÃO, 2014) No primeiro caso, a literatura aponta para três tipos de movimento sociais: a) voltados ao acesso

equitativo e à melhoria dos serviços de saúde; b) dirigidos para problemas de saúde específicos (doenças negligenciadas, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), controle do tabaco etc.); c) e os que têm como foco questões relacionadas às iniquidades, raça, classe, gênero e/ou sexualidade. (BROWN; ZAVESTOSKI, 2004) No segundo caso pode ser mencionado o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, também conhecido como movimento sanitário ou como movimento da democratização da saúde que se vincula um projeto de reforma social, implicando uma totalidade de mudanças - políticas, econômicas, ideológicas, sociais, culturais e institucionais. (PAIM, 2008)

Referências

BROWN, P.; ZAVESTOSKI, S. Social movements in health: an introduction. *Sociology of Health and Illness*, Boston, v. 26, n. 6, p. 679-94, 2004.

ESPERIDIÃO, M. A. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. 2014. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 245-269.

GOHN, M.G. (Org.). *Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GOHN, M.G. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 383p.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Municipalização das Ações e Serviços de Saúde

Forma de descentralização político-administrativa do sistema de saúde, adotada no Brasil nos anos 1990. Contempla a transferência de poder de decisão e de recursos aos municípios de acordo com determinados estágios, equivalentes ao grau de responsabilidade assumido pelo município com relação ao sistema de serviços de saúde. Para uma compreensão mais detalhada consultar as Normas Operacionais Básicas (NOBS) NOB 001/93 e NOB 001/96 publicadas pelo Ministério da Saúde (MS).

Referência

TEIXEIRA, C. F. Avaliação da gestão descentralizada do SUS: glossário de termos, 2005. In: CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *A gestão da Saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília, DF, 2007.

Necessidades de saúde da população

Podem ser definidas como carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população. Incluem, assim, os efeitos do não atendimento pleno das necessidades básicas de alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura e serviços de saúde, quer sejam ações inespecíficas de promoção e melhoria da qualidade de vida, quer sejam ações específicas de proteção contra riscos e agravos ou de assistência em caso de doença, acidente ou padecimento de qualquer natureza.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 140.

Novos Modelos Jurídicos

A Administração Pública é integrada exclusivamente pelos órgãos que conformam a denominada Administração Pública Direta e pelas entidades da Administração Pública Indireta, originárias do Decreto-Lei nº 579/1938, Decreto-Lei nº 200/1967 e Emenda Constitucional nº 19/1998. Os novos modelos decorrem da perspectiva indireta, composta por pessoas jurídico-administrativas de direito público ou privado, dotadas de personalidade jurídica própria e autonomia administrativo-financeira, autorizado, por um poder público federado (União, Estado, Distrito Federal ou Município), ao exercício descentralizado de competências públicas antes sob responsabilidade da Administração Direta. Os novos modelos jurídicos são autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista, entes públicos não estatais (organização social, organização da sociedade civil de interesse público e organizações da sociedade civil) e sociedade de propósito específico (denominação da pessoa jurídica competente à contratualização por parceria público-privada).

Referências

ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Comentários à lei orgânica da saúde* (Leis n. 8.080/90 e n. 81142/90). 3. ed. rev. atual. Campinas: Ed. Unicamp2002.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. RJ: MedBook, 2014. p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

É uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento (como psicologia, nutrição, fisioterapia, acupuntura, educação física etc.), que atuam em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nas áreas (territórios) de atuação das ESF. A composição do NASF é definida (pelos gestores municipais e ESF) a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Seu principal objetivo é apoiar a atuação das ESF, além de ampliar a abrangência das ações da atenção básica. Existem duas modalidades: o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais (psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico ginecologista, médico homeopata, médico acupunturista, médico pediatra e médico psiquiatra), vinculado a de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2, composto por no mínimo três profissionais (assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo,, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional), vinculado a no mínimo três Equipes Saúde da Família. Nos municípios da região Norte com menos de 100 mil habitantes, o mínimo de Equipes de Saúde da Família necessárias para o estabelecimento de um NASF 1 cai de oito para cinco.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Orçamento Impositivo

Torna obrigatória a execução orçamentária e financeira das emendas individuais inseridas na Lei Orçamentária Anual [...] a execução obrigatória deve corresponder a 1,2% da receita corrente líquida realizada no exercício anterior, sendo que metade deste percentual será destinada a serviços públicos de saúde. A implantação do orçamento impositivo demandará o estabelecimento de um novo fluxo de trabalho que envolverá, na esfera federal, os Poderes Legislativo e Executivo, além de Estados, Municípios e Organizações da Sociedade Civil - OSC, nos casos de execução descentralizada. (BRASIL, 2014, p. 2)

Referência

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República. *Orçamento impositivo: orientações, procedimentos, prazos e responsabilidades*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/biblioteca/publicacoes_tecnicas/CARTILHA%20IMPOSITIVO_05_02.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016

Organismos de Cooperação Internacional

Instituições cuja missão dirige-se à promoção do desenvolvimento econômico e social no âmbito internacional, no âmbito global ou em determinadas regiões do globo. No caso da Saúde, destaca-se a Organização Mundial de Saúde (OMS), criada em 1948, bem como a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), criada em 1902, integrada á primeira como organismo regional, responsável pela cooperação entre os países das Américas.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 140.

Organizações da Sociedade Civil (OSC)

A OSC foi criada pela Lei nº 13019/2014, que a estabelece como regime jurídico as parcerias com a administração pública, em regime de mútua cooperação, com finalidades de interesse público e recíproco, execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho. O instrumento de relação com o Poder Público são Termos de Colaboração, Termos de Fomento ou Acordo de Cooperação que devem respeitar a obrigatoriedade do chamamento público (critério de seleção legal). Assim, são consideradas as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, com possibilidade ou não de transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e a OSC. O Plano de Trabalho é documento formal na parceria e que deve apresentar diagnóstico da realidade e atividades, metas quantitativas, prazo de execução e indicadores.

Referência

BRASIL. Lei nº 13019 de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades

de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 01 ago, 2014.

Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)

Semelhante as OS, as OSCIP surgiram no final dos anos 1990 e foram criadas no Brasil (em contexto da reforma gerencial, influenciada pelo Consenso de Washington, fortalecendo ideia de restrição de investimentos em serviços sociais e possibilidade de desonerar o Estado da prestação direta dos serviços públicos), no primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso e que se efetivou legalmente com o Programa Nacional de Publicização (termo definido para transferência da responsabilidade de execução de serviços não-exclusivos do Estado à entidades públicas não-estatais). Trata-se de uma entidade privada sem fins lucrativos, criada livremente pelo particular que deve observar os regramentos impostos pela Lei nº 9.790/99. Quando qualificadas, podem atuar em 12 áreas da assistência social: 1) promoção da assistência social, 2) promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico, 3) promoção gratuita da educação, 4) promoção gratuita da saúde, 5) promoção da segurança alimentar e nutricional, 6) defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável, 7) promoção do voluntariado, 8) promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza, 9) experimentação não lucrativa de novos modelos sócio-produtivos, 10) assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar, 11) promoção da ética, paz, cidadania, direitos humanos, democracia e outros valores universais, 12) estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos. Esta relação deve ser através de termo de parceria com o Poder Público. Atuam em cooperação com o Poder Público, nunca em substituição a ele na realização de serviços públicos de cunho social. Não poderia, pois, assumir a execução de atenção básica ou de serviços de assistência hospitalar, mas apenas estabelecer parceira no desenvolvimento de algum projeto ou programa, por exemplo. Desse modo, não é um modelo para a gestão do sistema ou de serviços públicos de saúde. Não podem ser habilitadas como OSCIP: sociedades comerciais, organizações sociais, entidades religiosas, cooperativas etc. que ficam também impedidas de serem declaradas como de utilidade pública ou beneficentes (filantrópicas).

Referências

- ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.
- CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde* (Leis n. 8.080/90 e n. 81142/90). 3 ed. rev. atual. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2002.
- PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.
- SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Organização Social (OS)

Semelhante às OSCIP, as OS surgiram no final dos anos 1990 e foram criadas no Brasil (em contexto da reforma gerencial, influenciada pelo Consenso de Washington, fortalecendo ideia de restrição de investimentos em serviços sociais e possibilidade de desonerar o Estado da prestação direta dos serviços públicos), no primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso que se efetivou legalmente com o Programa Nacional de Publicização (termo definido para transferência da responsabilidade de execução de serviços não-exclusivos do Estado à entidades públicas não-estatais). Trata-se de uma entidade privada sem fins lucrativos, criada livremente pelo particular que deve observar os regramentos impostos pela Lei nº 9637/1998. Essa qualificação não depende de concurso ou certame público, nem se trata de ato vinculado, podendo, de acordo com o poder discricionário do administrador, ser ou não qualificada como tal. As OS podem atuar nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, saúde e cultura. Após qualificada, pode executar serviços públicos no lugar de algum órgão ou ente público. Podem receber recursos, bens e servidores públicos para o desempenho de suas atividades. A ferramenta utilizada para que a OS possa atuar nas áreas mencionadas denomina-se Contrato de Gestão, que viabiliza a publicização dos serviços estatais para este ente público não estatal. Neste, deve respeitar os princípios da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência) e conter rol de metas pré-acordadas entre ambas as partes.

Referências

ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

CARVALHO, G. I. ; SANTOS, L. *Comentários à lei orgânica da saúde Leis n. 8.080/90 e n. 8.1142/90*. 3 ed. rev. atual. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2002.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração pública democrática: conceitos e formas de organização*, Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Organizações Comunitárias

Entidades criadas por iniciativa de grupos específicos da população, geralmente para o desenvolvimento de ações de caráter reivindicatório junto às organizações estatais e/ou para a execução de ações voltadas à solução de problemas específicos, incluindo problemas de saúde, a exemplo de associações comunitárias que se responsabilizam pela implantação e manutenção de creches, escolas, centros de saúde e hospitais.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 140.

Organizações Governamentais

Instituições e órgãos que compõem o aparato de Estado, incluindo os órgãos do poder Executivo, Legislativo e Judiciário. No âmbito do Executivo, encontram-se as instituições

estatais responsáveis pela política e gestão do sistema público de saúde, como é o caso do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais e dos órgãos a elas vinculados.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 140.

Organizações Internacionais

As Organizações Internacionais (OIs) são uma arena em que normas e expectativas convergentes sobre o comportamento internacional são desenvolvidas. As OIs produzem e repassam normas, contribuindo assim para mudar as formas de interação no sistema internacional. Na medida em que os Estados são tratados como entidades sociais embutidas em um sistema social internacional, eles podem ter seus interesses e identidades moldados por uma ação produzida possivelmente pelas organizações internacionais. As políticas externas e domésticas dos Estados influenciam a agenda internacional, assim como podem ser influenciadas por normas, princípios, regras e padrões de comportamentos difundidos a partir das organizações internacionais.

Referência

ANDRADE, P. A. *Análise da política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde (1990-2004): a influência de atores e agendas internacionais*. 2007. 224f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.

Organizações Não Governamentais (ONGS)

Diz-se de entidades organizadas por particulares ou associações civis que se dedicam a determinadas causas sociais, inclusive a prestação de serviços de saúde para grupos populacionais específicos ou para a população em geral.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p.140.

Organizações sem fins lucrativos

Entidades de caráter filantrópico, mantidas por associações civis ou instituições religiosas, que executam ações em diversas áreas de assistência social, inclusive na área de saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 140.

Pacto de Gestão

Termo de compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo, visando qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), em razão de seus princípios e diretrizes e em função dos objetivos estabelecidos pelo Pacto Nacional pela Saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 142.

Padrões de Qualidade

Conjunto de aspectos que são tomados como parâmetros para a avaliação da qualidade de um determinado bem ou serviço. No caso da saúde, implica o estabelecimento de critérios para medição do grau de adequação do serviço prestado às normas técnico-científicas e às “amenidades” que cercam o processo de prestação de serviços, relativas à adequação do mesmo às expectativas dos usuários com relação à prestação, conforto, respeito, cortesia e outros elementos que garantem a aceitação social do serviço.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 142.

Parceria Inter-Institucional

Refere-se aos estabelecimentos de acordos de cooperação entre instituições diversas, com o objetivo comum de enfrentar determinados problemas e/ou potencializar o uso de recursos para o desenvolvimento de ações conjuntas ou coordenadas.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 142.

Parcerias Público-Privadas (PPP)

As PPP, criadas pela Lei nº 11.079/2004, ocorrem através de uma contratualização entre o poder público e um ente privado. Esse contrato requer um prazo certo e compatível com o retorno do investimento privado. As PPP também podem atuar em serviços públicos. Por estarem no contexto da reforma gerencial, trazem conceitos como eficiência e eficácia na lei de criação. Essas diretrizes se fazem presentes na justificativa de melhorar os serviços prestados pelo Estado através das contratualizações, objetivo da reforma gerencial. Refere-se, portanto a um tipo específico de relacionamento, onde o parceiro privado, denominado de Sociedade de Propósito Específico (SPE) assume o compromisso de colocar à disposição da administração pública ou da comunidade a operação de um serviço e/ou execução ou manutenção de uma

obra. Em contrapartida, o Estado paga uma remuneração vinculada ao seu desempenho no período de referência. Atualmente, este modelo de gestão por concessão está no topo de muitas agendas nacionais e internacionais, visto que elas podem ser uma alternativa para alcançar resultados esperados pelos governos. Vale ressaltar que a primeira parceria público-privada da saúde no Brasil, aconteceu na Bahia, através do contrato de concessão entre a Secretaria Estadual da Bahia e a SPE "Prodal", para administração do Hospital do Subúrbio, localizado em Salvador. Parceria homologada no ano de 2010.

Referências

ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

CARRERA, M. B. M. *Parceria Público Privada no Brasil: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia*. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de Administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Participação da Comunidade e do Cidadão

Refere-se, de modo geral, ao processo de mobilização de vontades coletivas que se expressam sob diversas formas de participação no processo político, seja através da ação direta, seja através dos diversos mecanismos de representação constituídos nas sociedades contemporâneas, inclusive no Brasil. No caso da saúde, a “participação da comunidade”, vem sendo proposta desde a década de 1960 do século XX e ocorre sob diversas formas, através do envolvimento ativo da população em ações de saúde e sob a forma de participação política, no processo decisório no setor. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação organizada da sociedade vem se institucionalizando nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, instrumentos da chamada gestão participativa, cujo respaldo jurídico encontra-se na Lei nº 8.142, de novembro de 1990.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 142-143.

Participação Social em Saúde

Envolvimento ativo da população organizada no processo de decisão e no controle social sobre as políticas e o sistema de saúde. A participação social em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é garantida mediante a atuação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis – nacional, estadual, municipal – bem como através das Conferências de Saúde, realizadas periodicamente. Ver Controle Social.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 142.

Partido político

Segundo a famosa definição de Weber, o Partido político é “uma associação... que visa a um fim deliberado, seja ele ‘objetivo’ como a realização de um plano com intuítos materiais ou ideais, seja ‘pessoal’, isto é, destinado a obter benefícios, poder e, conseqüentemente, glória para os chefes e sequazes, ou então voltado para todos esses objetivos conjuntamente”. Esta definição põe em relevo o caráter associativo do partido, a natureza da sua ação essencialmente orientada à conquista do poder político dentro de uma comunidade, e a multiplicidade de estímulos e motivações que levam a uma ação política associada, concretamente à consecução de fins “objetivos” e/ou “pessoais”. Assim concebido, o partido compreende formações sociais assaz diversas, desde os grupos unidos por vínculos pessoais e particularistas às organizações complexas de estilo burocrático e impessoal, cuja característica comum é a de se moverem na esfera do poder político. Para tornar mais concreta e específica esta definição é usual sublinhar que as associações que podemos considerar propriamente como partidos surgem quando o sistema político alcançou certo grau de autonomia estrutural, de complexidade interna e de divisão do trabalho que permitam, por um lado, um processo de tomada de decisões políticas em que participem diversas partes do sistema e, por outro, que entre essas partes se incluam, por princípio ou de fato, os representantes daqueles a quem as decisões políticas se referem.

Referência

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1998. v. 1.

Perfil de saúde da população

Diz respeito ao perfil epidemiológico da população, isto é, à configuração dos indicadores de morbimortalidade em determinado lugar e tempo, com a especificação dos principais problemas de saúde e suas tendências em termos de comportamento ao longo do tempo e distribuição territorial e social.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 143.

Pesquisa Avaliativa

Procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. (HARTZ, 1997) A pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento que se faz sobre as práticas sociais, a partir de uma pergunta não respondida pela literatura especializada no tema a respeito de características dessas práticas em geral ou em um contexto particular mediante o recurso à metodologia científica. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

Referências

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

Piso de Atenção Básica (PAB)

Consiste no montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao financiamento da atenção básica à saúde. Seu valor é definido através da multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa: Atenção Básica: PAB: Parte Fixa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Planejamento de Saúde

O Planejamento de Saúde surge na América Latina na década de 1960, sob a influência da teoria desenvolvimentista da Comissão Econômica para América Latina (Cepal). Esse último organismo internacional prega a partir de 1950 uma política de substituição de importações para os países da área, como condição para a superação do diagnóstico da deterioração dos termos de troca entre países centrais e periféricos e para o logro do desenvolvimento. Nesse contexto, ao planejamento é atribuído o papel de elemento de racionalização da política substitutiva a ser operada pelo Estado. O desenvolvimento é visto inicialmente como expansão do crescimento econômico, mas a partir de 1960 ao mero crescimento é acrescentado o objetivo da redistribuição por meio do desenho racional e da implementação de política sociais. Desse modo, o desenvolvimento integrado é o cenário discursivo em que aparece o Planejamento de Saúde, representado por um esforço metodológico desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento (Cendes), órgão criado na Venezuela (junto à Universidade Central) e apoiado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS). O método Cendes-OPAS (1965) é um enfoque sistêmico de Programação de Recursos de Saúde, atrelado a uma sorte de análises de custo-benefício. Contempla uma proposta de priorização dos danos à saúde que tende a privilegiar os danos que apresentam um custo relativo menor por morte evitada. O raciocínio básico do método é o da eficiência, evidenciado pela proposta de programação de recursos que consiste em um esforço de normatização econômica dos instrumentos (ou recursos nucleares) que realizam as atividades de saúde. Esse processo normatizador visa aumentar as atividades e, simultaneamente, reduzir os custos, neste último caso, por meio de uma atuação sobre a composição quantitativa dos instrumentos ou sobre a combinação de recursos que compõem os instrumentos. O método tem vários méritos, como por exemplo: o privilégio concedido pela proposta de priorização de danos à prevenção; a proposta de uma atuação integrada, sistêmica; o estímulo à formulação de sistemas de custos etc. Mas a sua possibilidade de aplicação revelou-se muito precária devido ao baixo poder de interferência do Estado sobre o setor, dominado em boa parte por interesses privados. A avaliação do método questionou a omissão dos aspectos políticos inerentes à problemática institucional do setor, como o financiamento, a falta de coordenação dos serviços, a baixa capacidade de regulação do Estado, a baixa

capacidade de governo, o nível de privatização etc. O fato é que esse método foi qualificado como excessivamente tecnocrático, economicista, representando uma ilustração do paradigma normativo do planejamento. Todos os esforços realizados pelos organismos internacionais de pesquisa e ensino se centraram a partir de então na formulação de enfoques que situaram o planejamento como elemento auxiliar das políticas, como fenômeno político. O primeiro marco dessa evolução está representado pelo documento *Formulação de Políticas de Saúde* (1975) do Centro Pan-americano de Planejamento de Saúde (CPPS). Ele concebe o Planejamento como um processo que, embora dominado pelo Estado, supõe a mobilização de vários atores, e introduz a necessidade da análise de viabilidade política e da estratégia. O Planejamento normativo cede o lugar ao Planejamento estratégico. Os dois maiores expoentes dessa corrente são: Carlos Matus (1993, 1987) e Mário Testa (1989). Matus apresenta uma dupla contribuição: o modelo de processamento de problemas e soluções, que corresponde à sua proposta de planejamento estratégico. Apoiado nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa, Matus constrói um protocolo de processamento de problemas que supõe quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Com elementos de cálculo de cenários e um sofisticado instrumental de análise estratégica, o autor propõe um modelo de planejamento criativo, flexível e interativo. Uma proposta de direção estratégica para a administração pública, que consiste na reforma vertical da administração por meio da introdução de uma série conexa de subsistemas de gestão, que priorizam o planejamento criativo, a descentralização dos sistemas de condução e uma abordagem de gestão por objetivos ou operações e, por fim, a alta responsabilidade decorrente do monitoramento, da cobrança e a prestação de contas. Essa proposta deriva da formulação de uma teoria das macro-organizações, na qual a crise do planejamento expressa todo um sistema da baixa responsabilidade que caracteriza a administração pública latino-americana. Testa acompanhou a evolução do planejamento de saúde desde o Cendes. Responsável, junto com Matus, pela crítica ao planejamento normativo, dedicou-se a formular uma proposta de explicação da problemática setorial (epidemiológica e organizativa), de natureza estratégica, que integra um diagnóstico administrativo, um diagnóstico estratégico e um diagnóstico ideológico. Testa evoluiu, na crítica a Matus, para a defesa de um enfoque de planejamento que não represente um excesso de formalização política. Esse enfoque teria um componente fortemente comunicacional, trazendo à tona a teoria do agir comunicativo habermasiano (1987). Testa postula a priorização de um tipo de atuação capaz de acentuar os traços democráticos da instituição, constituindo-se em um crítico contundente de formas autoritárias. O planejamento adota dentro dessa moldura o significado de práticas dialógicas a serviço do estabelecimento de consensos e de acordos sobre compromissos, perdendo a imagem de uma metodologia muito estruturada. No Brasil, autores como Mehry (1995) assinalam a existência de quatro correntes de planejamento/gestão em saúde: a corrente da gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (Lapa) da Faculdade de Medicina de Campinas, corrente do Planejamento Estratégico Comunicativo, corrente da Vigilância à Saúde e a Escola da Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). A corrente da gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (Lapa) da Faculdade de Medicina de Campinas, defende um modelo de gestão colegiada e democrática, caracterizado pelas seguintes premissas: forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação. Entende o planejamento como uma caixa de ferramentas, que inclui o Pensamento estratégico de Testa, o Planejamento

estratégico-situacional de Matus, elementos da Qualidade Total e Análise institucional. Autores desta corrente introduziram conceitos de acolhimento e vínculo, novos instrumentos de análise como os fluxogramas analisadores e, mais recentemente o conceito de Clínica do Sujeito, que integraria o melhor da clínica não degradada, um olhar voltado para a subjetividade dos usuários e outro para o contexto social de proveniência da problemática individual. A corrente do Planejamento Estratégico Comunicativo, representado por núcleos do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) adere ao Planejamento Estratégico-situacional, mas não se limita a ele. Incorpora um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais, adaptado da França, especificamente de Michel Crémadez e François Grateau (1997). Também desenvolve toda uma reflexão de componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, a prática de argumentação ligada à negociação e à questão cultural, com alguma influência da escola da organização que aprende e de um ramo da Filosofia da Linguagem aplicada à gestão organizacional, representado por Flores (1989) e Echeverria (1997). O termo comunicativo alude a uma aplicação da Teoria do Agir Comunicativo (TAC) de Habermas (1987) sob a forma de parâmetro de crítica do paradigma estratégico. A corrente da Vigilância à Saúde é representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico, e postula um modelo fortalecido de vigilância à saúde, de modo a se poder pensar numa inversão do modelo assistencial. Esse modelo combate a velha atomização dos programas verticais da saúde pública, e defende a necessidade de uma sorte de integração horizontal dos vários componentes do sanitarismo. Em grande parte, essa possibilidade de coordenação seria ensejada pela utilização do planejamento situacional, oriundo de Matus, no processamento de problemas transversais. A Vigilância à Saúde se caracterizaria por esse tipo de integração, mas também pela busca de uma atuação intersetorial na linha da promoção à saúde, que seria o paradigma básico da Vigilância, alternativo ao paradigma flexeneriano da Clínica. Contemplaria como um dos seus alicerces assistenciais a rede básica de atendimento, e primordialmente o modelo de Médico de Família. Hoje em dia, uma das principais contribuições dessa escola é a proposta de Sistemas de Microrregionalização Solidária, como célula de um sistema regionalizado que avance na possibilidade de constituir sistemas integrados de saúde por oposição aos sistemas fragmentados. Por último, a escola da Ação Programática da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), corrente que se evidencia pelas práticas experimentais de modificações das práticas assistenciais da rede básica de atendimento.

Referência

- CRÉMADEZ, M.; GRATEAU, F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris: InterEditions, 1997.
- ECHEVERRIA, R. *Ontologia del lenguaje*. Santiago: Dolmen, 1997.
- FLORES, F. *Inventando la empresa del siglo XXI*. Santiago: Hataché; 1989.
- HABERMAS J. *Teoria de la acción comunicativa*. Madrid:Taurus; 1987.
- MATUS, C. *Política, planificação e governo*. 2. ed. Brasília, DF: IPEA,1993.p. 297 – 554. 2 Tomos.
- MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 117-149.
- RIVERA, F. J. U. Planejamento de Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 312-316.

TESTA, M. *Saber en Salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar E., 1997.

TESTA, M. Mário Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde. In: URIBERIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. v. 2.

Planejamento Estratégico-Situacional

O enfoque estratégico-situacional foi originalmente proposto por Carlos Matus (1989) como uma teoria geral da planificação, passível de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Nos últimos 25 anos, esse enfoque foi difundido na América Latina, inicialmente no âmbito acadêmico, através de cursos realizados na área de Planejamento & Gestão em saúde, e posteriormente através de seminários, consultorias e oficinas de trabalho promovidas por organismos internacionais e nacionais. As principais características desse enfoque são: a) a compreensão do objeto do planejamento como sendo os problemas e oportunidades reais de intervenção, em uma perspectiva que supera a fragmentação reducionista da realidade operada pelas disciplinas científicas e materializada nos “setores” nos quais se organiza a intervenção estatal; b) a concepção do processo de planejamento como sendo constituído de “momentos” que se interpenetram, sem seguirem uma lógica sequencial rígida, o que possibilita uma articulação das experiências acumuladas nas distintas práticas institucionais dos vários “setores”; c) a proposta de “modularização” do produto do planejamento, isto é, o entendimento do plano como “modular”, composto de módulos operacionais que sintetizam os elementos do processo de trabalho previsto (objetivos, atividades, produtos e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos), flexibilizando a organização e facilitando a participação de distintos sujeitos sociais, bem como um ordenamento espaço-temporal em função do desenho estratégico; d) as noções envolvidas na proposta de gestão do plano e gerência de operações trazem embutidas uma “teoria de governo” que abre espaços à mudança das práticas institucionais prevalentes nas organizações estatais, articulando-se com as propostas de reforma do Estado e de reorientação do desenho institucional e da prática administrativa na esfera pública, potencialmente em direção a uma democratização das relações e uma intensificação das ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços.

Referências

MATUS, C. Fundamentos da Planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Cortez: ABRASCO, 1989. p. 107 -123.

MATUS, C. *Política, planificação e governo*. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1993. p. 297-554. 2 Tomos.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 26-31

Planejamento Familiar/Reprodutivo

Segundo o Artigo 226, Parágrafo 7, da *Constituição da República Federativa do Brasil* de 1988, o Planejamento Familiar/Reprodutivo deve estar pautado no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais. Em 1996, um projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das

demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura. Do ponto de vista formal, essa medida democratiza o acesso aos meios de anticoncepção ou de concepção nos serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo em que regulamenta essas práticas na rede privada, sob o controle do SUS. Neste sentido, o Planejamento Familiar/Reprodutivo deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na *Constituição Brasileira*: o direito de ter ou não filho(as). Ver Direitos Reprodutivos.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência em Planejamento Familiar*: manual técnico. 4. ed. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

Planejamento Situacional em Saúde

A adaptação do enfoque situacional ao planejamento das ações e serviços de saúde vem sendo desenvolvida por vários autores. Uma perspectiva que privilegia o planejamento e programação de saúde ao nível local (municipal, distrital), foi realizada por Teixeira (1993; 2001), que sistematiza os momentos do processo em: a) a análise da situação de saúde, que inclui a identificação, priorização e análise dos problemas de saúde em um território determinado (Distrito Sanitário, município); b) o desenho da situação-objetivo, que implica a identificação da “imagem-objetivo” que se pretende alcançar no médio e longo prazo, a definição dos cenários prováveis nos quais se estará atuando no curto prazo e a formulação dos objetivos propriamente ditos, em função dos problemas priorizados; c) o desenho das estratégias, que inclui a definição das linhas de ação, a análise de viabilidade das ações propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade das ações propostas em um tempo definido; d) a programação, acompanhamento e avaliação, que corresponde à programação detalhada das ações a serem realizadas, concomitante ao estabelecimento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação periódica dos resultados alcançados com a execução das ações propostas.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 143.

Plano de Saúde

Produto de um processo de planejamento que, geralmente, inclui a realização de uma análise da situação de saúde da população de uma determinada área, o estabelecimento de objetivos e metas a alcançar com relação ao enfrentamento dos problemas priorizados, a especificação das estratégias a serem implementadas para o alcance dos objetivos e os recursos que serão empregados neste processo. (TEIXEIRA, 2010) 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 Sistema Único de saúde (SUS). Segundo a Lei nº 8080/90, os planos de saúde devem ser a base das atividades e programação de cada nível de direção do 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. (LUCHESE, 2004)

Referências

LUCHESE, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004. p. 77-78.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 143-4.

Plano Diretor de Regionalização (PDR)

Instrumento de ordenamento do processo de regionalização que deve ser elaborado pelas secretarias estaduais de saúde e aprovado pelas CIB's e Conselho Estadual de Saúde. Segundo a Portaria ministerial que estabelece a obrigatoriedade de elaboração deste plano, ele deve conter propostas voltadas a garantir o acesso ao cidadão, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto mínimo de ações e serviços e o acesso aos serviços necessários, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para atendimento de referências intermunicipais.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

Plano Estadual de Saúde

Documento que resulta do processo de planejamento no âmbito do sistema estadual de saúde, realizado de quatro em quatro anos, contendo a análise da situação de saúde da população, as políticas e diretrizes do sistema, as ações prioritárias e as estratégias de implantação, bem como o orçamento previsto para a execução das ações propostas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estadual.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 143-4

Plano Municipal de Saúde

Documento que resulta do processo de planejamento no âmbito do sistema municipal de saúde, realizado de quatro em quatro anos, contendo a análise da situação de saúde da população, as políticas e diretrizes do sistema, as ações prioritárias e as estratégias de implantação, bem

como o orçamento previsto para a execução das ações propostas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 143-4

Plano Operativo

Também denominado de Plano de ação, é um documento que contém a análise da situação realizada e o conjunto dos Módulos operacionais (P-O), com a definição dos respectivos responsáveis pela execução. É, portanto, um guia para a implementação das ações propostas e para o monitoramento e avaliação do andamento desse processo e de seus resultados.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 143.

Planos privados de Saúde

Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. Pode ser entendido como um instrumento jurídico que registra o acordo firmado entre uma pessoa física ou jurídica com uma operadora de plano privado, para garantir a assistência à saúde que pode ser individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão. No Brasil, os planos privados de saúde são regulamentados pela Lei nº 9656 de 1998.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Glossário temático: saúde suplementar*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõem sobre os planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

SESTELO, J.; BAHIA, L. Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (Seguro-Saúde, Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Autogestão e Outras). In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 139-150.

Poder (1)

Conforme o Dicionário de Política (BOBBIO; MATEUCCI; PASQUINO, 1991, p. 933), o significado mais geral da palavra Poder é “a capacidade ou a possibilidade de agir, de produzir efeitos”. Essa capacidade tanto pode ser referida a indivíduos quanto a grupos humanos. Os autores chamam, entretanto, para que, em sentido especificamente social, na relação da vida

do homem em sociedade, o Poder torna-se mais preciso dizendo respeito à capacidade do “homem em determinar o comportamento do homem”. O homem é, portanto, não só o sujeito, mas também o objeto do poder social. Como fenômeno social, o Poder é, portanto, uma relação entre os homens, devendo especificar-se que se trata de uma relação triádica. Para definir certo poder, não basta especificar a pessoa ou o grupo que o detém e a pessoa ou o grupo que a ele está sujeito: ocorre determinar também a esfera de atividade à qual o Poder se refere, ou seja, a esfera do Poder. A mesma pessoa ou o mesmo grupo pode estar submetido a vários tipos de Poder relacionado com diversos campos. A esfera do Poder pode ser mais ou menos ampla e delimitada claramente. O Poder que se funda sobre uma competência especial fica confinado ao âmbito desta competência, mas o Poder político e o Poder paterno abrangem, normalmente, uma esfera mais ampla. Não surpreende, portanto, que o conceito de Poder tenha sido empregado para analisar os mais diversos aspectos da sociedade, sendo, entretanto, que ganha seu papel mais crucial no estudo dos fenômenos políticos. Isso é atestado, segundo Bobbio, Mateucci e Pasquino (1991, p. 940) pela longa história e tradução da filosofia política, e é atestado pelas ciências sociais contemporâneas, a partir da análise, tornada clássica, que Max Weber fez do Poder. Weber especificou três tipos puros: o Poder legal (fundado na Autoridade legítima), o Poder tradicional (fundado na crença do caráter sacro do Poder existente “desde sempre” e o Poder carismático (fundado na dedicação afetiva à pessoa do chefe e ao caráter sacro, à força heróica, ao valor exemplar ou ao Poder de espírito e da palavra que o distinguem de modo especial. Mais recentemente, uma importante tentativa de construir uma teoria política fundada sobre o conceito de Poder foi realizada por Talcott Parsons. Identificando como fundação específica do sistema político no âmbito do funcionamento global da sociedade, a “consecução de objetivos” ou a capacidade de tornar efetivos os objetivos coletivos, Parsons (apud BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1991, p. 941) define o Poder como a

capacidade geral de assegurar o cumprimento das obrigações pertinentes dentro de um sistema de organização coletiva em que as obrigações são legitimadas pela coessencialidade aos fins coletivos e portanto podem ser impostas com sanções negativas, qualquer que seja o agente social que as aplicar.

Nessa perspectiva, o Poder, embora conservando sua característica relacional fundamental, torna-se uma propriedade do sistema, o “meio circulante” análogo à moeda na economia, ancorado por uma parte na institucionalização e na legitimação da autoridade e, por outra, na possibilidade efetiva de recursos à ameaça, e como extrema medida, ao uso da violência.

Referência

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Universidade de Brasília, 1991. p. 933-941. v. 2,

Poder (2)

Para Foucault o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona e que implica uma relação: a relação de poder. (FOUCAULT, 1979) Em qualquer relação social existe poder o qual se caracteriza, em algumas circunstâncias, como relações de dominação. O poder não é debatido como uma dominação global e centralizada que se pluraliza, que se difunde e repercute nos outros setores da vida social, de modo igual e homogêneo, mas como tendo uma existência própria e formas específicas. (FOUCAULT, 2009) Segundo Pogrebinschi (2004), a noção de

poder foucaultiana apresenta a ideia do poder que produz e constrói e, ao mesmo tempo, destrói e reconstrói. É composto por uma multiplicidade e uma pluralidade. O poder transforma, acrescenta, diminui, modifica, a cada momento e em cada lugar, a si mesmo e a cada coisa com a qual se relaciona em uma rede dinâmica e infinita. O poder é produção em ato, é uma prática. Não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente, formas díspares, heterogêneas, em contínua transformação que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes. (MACHADO, 1979) O foco está voltado para a análise de como esses micropoderes, que possuem tecnologia e história específicas, se relacionam com o nível mais geral do poder constituído pelo aparelho de Estado. (FOUCAULT, 2010) Assim, Foucault identifica duas categorias de poder: o poder disciplinar e o biopoder. O poder disciplinar não se detém como uma coisa, não se transfere como uma propriedade, ele incide sobre os corpos dos indivíduos. Nessa perspectiva, o corpo é tido como um objeto e alvo de poder em que é exercido um controle sub-reptício, quase imperceptível, por meio do poder disciplinar. O corpo é configurado como um lugar privilegiado para a ação política e ideológica de vigilância, controle e regulação. (FOUCAULT, 1979) O poder disciplinar possui algumas características. Primeiro, é um tipo de organização do espaço: distribui as pessoas em um espaço individualizado, classificatório e combinatório. É também um controle do tempo, isto é, estabelece uma sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir o máximo de rapidez e o máximo de eficácia. A partir da segunda metade do século XVIII, o poder disciplinar passa a ser complementado pelo biopoder. Em outras palavras, o biopoder se insere, de certo modo, no poder disciplinar. O poder disciplinar se detém na individualização das pessoas, já o biopoder provoca a massificação, pois não se dirige aos indivíduos isolados, mas à população. Os efeitos do biopoder se fazem sentir sempre em processos coletivos, globais, processos estes que fazem parte da vida de uma população. Estas duas categorias analíticas de poder se sobrepõem constantemente. O melhor exemplo de superposição é dado pelo tema da sexualidade. A sexualidade depende, simultaneamente, de processos disciplinares e biológicos individualizantes e também de processos massificantes, controladores e regulamentadores. (POGREBINSCHI, 2004) Nesse sentido, o investimento do poder no corpo conduz ao domínio, à consciência do próprio corpo. A partir do momento em que o poder produz um efeito de controle sobre o corpo, como consequência direta de suas atuações emerge, inevitavelmente, a reivindicação do próprio corpo contra o poder. Quaisquer relações de poder contêm, ao mesmo tempo, mecanismos de controle e possibilidades de resistência. Os embates, pois, contra o exercício do poder, não podem ser realizados em outro lugar senão dentro das próprias dinâmicas de poder. (FOUCAULT, 1979)

Referências

- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988. v. I.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- FOUCAULT, M. *Estratégia, poder-saber*. Forense Universitária, 2010. (Coleção Ditos e Escritos, 4).
- MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. *Lua Nova: revista de cultura e política*, São Paulo, n. 63, p. 179-201, 2004.

Política (1)

O termo “política” possui muitos significados, incluindo desde a “arte” de governar até a “ciência”, o estudo dos fenômenos ligados ao Estado, ao governo e aos negócios públicos. Refere-se, portanto, tanto a uma “prática” social, cuja finalidade diz respeito à condução de pessoas, grupos, instituições, partidos, visando ao alcance de determinados objetivos, quanto aos “saberes” relativos a estas atividades, aí incluídos os princípios e valores que fundamentam as posições de indivíduos, grupos e instituições diante de problemas e necessidades sociais que demandam respostas coletivas, as quais podem ser baseadas ou não em conhecimentos produzidos a partir de investigações científicas. Estudos da área de Administração Pública e Ciência Política têm trabalhado, também, com uma noção mais circunscrita de “política”, definindo-a como “o conjunto de objetivos que informam determinado programa de ação governamental e condicionam a sua execução”. Nesse sentido, o termo “política” se refere às escolhas, às decisões tomadas por uma determinada autoridade política, decisões estas que conformam “o que fazer” diante de um determinado problema, necessidades ou demandas sociais, podendo ter sido ou não, fruto de um processo político participativo. Encontramos aí os dois significados mais comuns do termo “política”, distinguidos, em inglês, pelos termos *policy* e *politics*, o primeiro referindo-se ao conteúdo da decisão, à proposta de ação, ao objetivo a ser alcançado, e o segundo referindo-se ao processo de decisão, ao processo político de análise do problema e escolha da solução, que implica a seleção de alternativas, o que pode resultar em conflito de interesses e, portanto, na necessidade de construção de consensos em torno dos objetivos a serem perseguidos e dos meios a serem utilizados para isso. (SONIS; LANZA, 1978) No contexto latino-americano, a preocupação com a elaboração de métodos e técnicas que subsidiassem o processo de decisão no âmbito das organizações governamentais (Estado) e a formulação de políticas de saúde datadas de meados dos anos 1970 do século passado, geraram a constituição de um processo que tem se desdobrado no âmbito acadêmico com a conformação de uma área de produção de conhecimentos e desenvolvimento tecnológico que resultam na existência, hoje, de um conjunto de estudos e propostas metodológicas para a formulação e implementação de políticas nesta área. Ver Política de Saúde.

Referências

SONIS, A.; LANZA, A. Política de saúde. In: SONIS, A. (Org.). *Medicina Sanitária y administración de la salud*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1978. p. 34-55. (Tomo 2).

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 144-146.

Política (2)

O significado clássico do termo remonta a *polis* grega e diz respeito ao que é “urbano, civil, público e até mesmo sociável, social”. (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, G. 1991, p. 954) Com Aristóteles, o termo passou a referir-se aos estudos sobre a natureza, funções e divisão do Estado e às várias formas de Governo, incluindo a descrição e a reflexão normativa sobre as coisas da cidade (idem). Esse sentido chegou à época moderna, aparecendo em expressões como “ciência política”, “filosofia política”, passando a indicar o conjunto de atividades que tem como referência o Estado, vinculando-se, portanto, às mudanças que tem ocorrido historicamente na doutrina (princípios e valores) que rege a organização e o funcionamento do

Estado nas sociedades modernas e contemporâneas. Remete, assim, ao debate sobre o Estado nas sociedades capitalistas e nas sociedades socialistas, bem como às análises das crises e transformações do Estado capitalista, às diferenças entre o Estado liberal e o Estado de bem-estar social, e ao estudo das características do Estado em cada sociedade, a exemplo dos estudos sobre o Estado nas sociedades latino-americanas e brasileira, em particular. Vincula-se também aos estudos sobre formas de Governo e caracterização de regimes políticos, estando presente, portanto, nos debates sobre as formas de organização e de participação dos indivíduos e grupos no processo de decisão acerca das normas e leis que regem a vida coletiva. Estudos da área de Administração Pública e Ciência Política que abordam a constituição, a natureza e o papel do Estado moderno e da ação dos Governos, têm trabalhado com uma noção mais circunscrita de “política”, definindo-a como o conjunto de objetivos que informam determinado programa de ação governamental e condicionam a sua execução. Nesse sentido, o termo “política” se refere às escolhas, às decisões tomadas por uma determinada autoridade política, que conformam “o que fazer” diante de um determinado problema, necessidades ou demandas sociais, implicando na destinação e uso dos recursos públicos, o que configura um processo de formulação e implementação de políticas públicas. Encontramos aí os dois significados mais comuns do termo “política”, distinguidos, em inglês, pelos termos *politics* e *policy*, o primeiro referindo-se ao processo de decisão, ao processo político de análise dos problemas e escolha das soluções, que implica a seleção de alternativas e pode resultar em conflito de interesses e, portanto, na necessidade de construção de consensos em torno dos objetivos a serem perseguidos e dos meios a serem utilizados para isso. O segundo, diz respeito ao conteúdo da decisão, à proposta de ação e ao objetivo a ser alcançado. Partindo desta distinção, alguns autores (FREY, 2000), identificam uma terceira dimensão, sugerindo que o processo político contempla: a dimensão institucional (*polity*), que se refere à organização do sistema político, delineada pelo sistema legal e jurídico e pela estrutura institucional do sistema político-administrativo, que configuram o espaço onde ocorre e se apresentam os diversos interesses; a dimensão processual (*politics*) que se refere aos conflitos, negociações e acordos entre os diversos atores políticos, isto é, representantes de grupos, instituições, partidos políticos envolvidos direta ou indiretamente na definição dos objetivos e decisões de uma dada política pública; e a dimensão material (*policy*), que se refere ao produto deste processo, ou seja, aos conteúdos dos planos, programas e projetos que contemplam as atividades e recursos a serem empregados na materialização das decisões políticas.

Referências

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*, 3. ed. Brasília, DF: Ed. Universidade de Brasília, 1991. p. 933-941. v. 2,

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática de análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e políticas públicas*. Rio de Janeiro, n. 21, 2000.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Estado e política de saúde. In: IVO, A. B. L (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social*: 81 problemáticas contemporânea. São Paulo: Annablume, 2013. p. 222-223.

Políticas Ambientais

Conjunto de políticas voltadas à intervenção sobre o meio-ambiente, seja no sentido da preservação e proteção dos recursos naturais, seja no sentido da recuperação dos efeitos da ocupação do território e exploração inadequada destes recursos.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 146.

Política de Saúde

No que diz respeito, especificamente à Política de Saúde, alguns autores têm se ocupado em elaborar uma definição abrangente, que considera Política de Saúde como sendo a “ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes sociais, ambientais e culturais, bem como em relação à produção, à distribuição e à regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. (PAIM, 2003) Em outras palavras,

a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam à saúde, inclusive o ambiente. (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74)

Além de ser uma “área de intervenção social”, na qual se identificam os processos políticos (*politics*) e produtos desse processo, isto é, diretrizes, planos e programas de ação governamental (*policy*), a Política de Saúde tem se constituído, nos últimos 30 anos, como uma “disciplina acadêmica” do campo da Saúde Coletiva. Os pesquisadores vinculados a essa “disciplina” ou “subárea de conhecimento” dedicam-se a estudos e pesquisas sobre “as questões relativas ao poder em saúde, ou seja, sua natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas políticas que conformam os determinantes e os processos de formulação, implementação e avaliação de políticas, diretrizes, normas, planos, programas e projetos que incidem sobre a organização e o funcionamento dos serviços e sistemas de saúde”. (PAIM, 2008) Nessa perspectiva destacam-se os estudos sobre a conformação histórica do sistema de Previdência Social no Brasil e seus efeitos sobre a reorganização da prática médica (DONNANGELO, 1975), bem como os estudos sobre as propostas de reforma da organização dos serviços de saúde com base em princípios doutrinários originados de movimentos ideológicos ocorridos em países capitalistas centrais, especialmente nos Estados Unidos da América (EUA). (AROUCA, 1975; DONNANGELO, 1976) Tais estudos fundaram linhas de pesquisa que adotaram um enfoque marxista na análise das políticas de saúde, entendendo-as como formas de intervenção do Estado no processo de reprodução da força de trabalho e na atenuação de tensões sociais geradas na esfera da produção e do consumo de bens e serviços. Posteriormente surgiram estudos que enfatizaram a análise das relações Estado-sociedade, problematizando a luta pela garantida dos direitos sociais, especificamente no “direito à saúde”, como parte dos direitos de Cidadania (FLEURY, 1986), bem como estudos que abordaram o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, desencadeado no contexto das lutas pela redemocratização do país em meados dos anos 1970 do século passado. Esse movimento fundamentou-se em uma perspectiva gramsciana (PAIM, 2008), que enfatiza a inserção das lutas pela saúde no processo

de construção de uma contra-hegemonia ao projeto de desenvolvimento capitalista associado ao capital internacional posto em marcha no Brasil. Paralelamente ao desenvolvimento dos estudos e pesquisas que tomavam como objeto a Política de Saúde desenvolvida pelo Estado brasileiro, ocorreu a elaboração e aperfeiçoamento de propostas metodológicas para a formulação de políticas de saúde no âmbito das instituições governamentais, que representam a incorporação do “ciclo da política” na literatura da área de Planejamento em Saúde. Nessa perspectiva, o processo de “formulação de políticas de saúde” consiste na

fixação de objetivos e metas a alcançar com relação a um determinado sistema ou a um problema de saúde, incluindo a análise da situação inicial, o desenho da Imagem-Objetivo em um prazo determinado, a formulação de proposições de ação, embasadas em princípios e diretrizes, a análise de coerência (interna e externa) dessas proposições, a análise de viabilidade de execução das ações propostas e a formalização das políticas em leis, normas, planos, programas e projetos. (CPPS, 1975)

A crítica a essa perspectiva “tecnocrática” do processo de formulação de políticas de saúde subsidiou o desenvolvimento do chamado “pensamento estratégico em saúde” (TESTA, 1995), que valoriza a análise do poder em saúde e dos processos de constituição de sujeitos políticos capazes de empreender mudanças nas práticas e organizações de saúde, subsidiando a construção de projetos “contra hegemônicos” no campo da saúde. Simultaneamente, ocorreu o desenvolvimento de outra vertente crítica denominada “enfoque estratégico-situacional” (MATUS, 1993), que enfatiza uma visão policêntrica na análise dos problemas de saúde e a combinação de uma ação instrumental a uma ação comunicativa, voltada à elaboração e construção da viabilidade dos projetos políticos dos atores em situação, servindo assim, tanto à formulação de estratégias para a “tomada do poder”, quanto à formulação de programas e projetos de ação que visem a “manutenção” e “consolidação” do poder conquistado no âmbito das organizações políticas. Tais propostas teórico-metodológicas tiveram grande difusão no contexto latino-americano e brasileiro em particular, especificamente no campo da Saúde Coletiva, sendo incorporadas a cursos de pós-graduação da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006), bem como subsidiado o desenvolvimento político-institucional das práticas de planejamento no âmbito das instituições gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais recentemente, tem crescido a produção acadêmica sobre Políticas de Saúde que adota um referencial neo-institucionalista (SOUZA, 2007), valorizando as análises baseadas no “ciclo da política”, para descrever e compreender a movimentação dos distintos atores no processo de construção das agendas políticas, e da formulação e implementação de políticas específicas, quer dirigidas a problemas prioritários de saúde, quer dirigidas à reorganização do sistema de serviços de saúde, a exemplo da descentralização e regionalização, educação permanente em saúde e outras. Além disso, observa-se a incorporação, em alguns estudos recentes, da perspectiva “bourdiesiana” de análise sociológica, traduzida nas pesquisas da área como estudos de “sociogênese das políticas”, que valorizam a identificação, caracterização e análise da ação dos agentes que atuam em diversos “campos” (político, burocrático) munidos de distintos “capitais” – econômico, cultural, político, científico, simbólico – cujos interesses se entrelaçam na configuração de políticas e práticas sociais.

O debate internacional na área de Saúde hoje contempla um conjunto de questões que dizem respeito aos problemas e necessidades geradas a partir das extensas e intensas transformações nas condições e modos de vida das populações e grupos sociais em função da globalização

econômica, planetarização da política e mundialização da cultura. Temas como “Saúde Global”, “Determinantes sociais da saúde”, “Reformas dos sistemas de saúde”, e outros comparecem na agenda política de encontros internacionais de dirigentes e especialistas na área e induzem à reflexão acerca das lacunas no conhecimento disponível e nas políticas e estratégias de ação dos governos. No âmbito desses debates tem-se difundido uma proposta fundamentada na análise das relações entre Saúde e Direitos Humanos, que se articula com o debate contemporâneo sobre os modelos e estratégias para o “Desenvolvimento econômico e social” e incorpora a experiência acumulada nos últimos 30 anos na esteira dos debates sobre Promoção da Saúde e se traduz atualmente no slogan “Saúde em Todas as políticas”. Ou seja, admite-se a complexidade das determinações – biológicas, econômicas, sociais, políticas, culturais – que incidem sobre a problemática de saúde na contemporaneidade, valoriza-se a organização de “redes sociais” de suporte à vida e a proposta de transformar a Saúde em um tema transversal, que leve em conta em todos os processos de formulação e implementação de políticas de desenvolvimento.

Referências

- AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica à medicina preventiva*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 1975.
- CPPS. Centro Panamericano de Planificación de Salud. *Formulación de Políticas de Salud*. Santiago, Chile, 1975.
- DONANGELLO, M. C. F. *Medicina e sociedade: (o médico e seu mercado de trabalho)*. São Paulo: Pioneira: 1975.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*, 1976. Tese (Livre Docência), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1976.
- MATUS, C. *Política, planificação e governo*. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1993. p. 297–554. 2 Tomos.
- PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N (Org.). *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.
- PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006. Número Especial.
- PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: problematização, construção da agenda, Institucionalização, formulação, implementação e Avaliação. In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 69-81.
- PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Estado e política de saúde. In: IVO, A. B. L (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporânea*. São Paulo: Annablume, 2013. p. 224-226.
- SOUZA, M. C. D. Regulação sanitária de produtos para a saúde no Brasil e no Reino Unido: o caso dos equipamentos eletro médicos. 2007. 290f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

Políticas Econômicas

Conjunto de propostas de intervenção sobre problemas relacionados com o desenvolvimento econômico de um determinado país, estado ou município. Inclui propostas relativas ao fomento e regulação da produção, distribuição e consumo de bens e serviços, bem como a política monetária e financeira e a política de emprego e renda que afetam o conjunto das atividades econômicas.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 146.

Políticas Econômicas e Políticas Sociais

Em função do conteúdo das políticas (*policy*), estas são classificadas como econômicas ou sociais, classificação que reproduz a distinção entre setores da administração pública no qual são formuladas e implementadas, quais seja, Agricultura, Indústria e Comércio, Segurança, Educação, Cultura, Saúde, Saneamento, Transporte, Lazer etc. A depender da forma de organização político-administrativa do Estado, tais políticas podem desdobrar-se em territórios específicos, como acontece em um Estado federativo, como o brasileiro, no qual uma política nacional pode ganhar características específicas no âmbito estadual e municipal. As Políticas Econômicas consistem no conjunto de propostas de intervenção sobre problemas relacionados com o desenvolvimento econômico de um determinado país, incluindo propostas relativas ao fomento e regulação da produção, distribuição e consumo de bens e serviços, bem como a política monetária e financeira, a política tributária, a política de emprego e renda e outras que afetam o conjunto das atividades econômicas. As Políticas Sociais, por sua vez, estão voltadas para o enfrentamento de problemas e atendimento às necessidades sociais, sendo consideradas políticas de “bem-estar e proteção social”, incluindo o conjunto de propostas de intervenção sobre a produção, distribuição e consumo de serviços de educação, saúde, habitação, transporte, cultura, esporte e lazer.

Referência

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Estado e política de saúde. In: IVO, A. B. L. (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas*. São Paulo: Annablume, 2013. p. 223.

Política Farmacêutica

Refere-se à decisão (ação ou omissão) do Estado em relação à questão dos medicamentos. Numa perspectiva mais abrangente e em consonância com a recomendação da OMS, Zubioli (2004) defende o uso da expressão “política farmacêutica” e não “política de medicamento”. Esta seria utilizada apenas para referir-se ao documento oficial da Política Nacional de Medicamentos, publicado em 1998. Todas as demais podem ser referidas como Políticas Farmacêuticas. Neste sentido, são exemplos de políticas farmacêuticas: a implantação e desenvolvimento dos laboratórios oficiais, a criação (1971) e a extinção (1997) da Central de Medicamentos, o reconhecimento (ou não) de patentes nos diferentes governos brasileiros, a regulamentação da propaganda de medicamentos, a distribuição de medicamentos antirretrovirais nos serviços públicos (a partir de 1990), a instituição da Política Nacional de Medicamentos (1998), a promulgação da lei que instituiu o medicamento genérico (1999), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004), a revisão e atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e demais instrumentos, medidas para ampliação do acesso (a exemplo da criação do Programa Farmácia Popular do Brasil), as Parcerias de Desenvolvimento Produtivo para medicamentos etc.

Referência

ZUBIOLI, A. *Ética farmacêutica*. São Paulo: Sobravime, 2004.

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PARTICIPASUS)

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), institucionalizada através da Portaria GM/MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, reafirma os pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde enquanto responsabilidade do Estado – universalidade, equidade, integralidade e participação social. São destaques desta Política: a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social, a promoção da inclusão social de populações específicas e a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde, a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes. Promove-se a integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas 3 esferas de governo.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. [Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007](http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.nov.14/Iels227/U_PT-MS-GM-2629_271114.pdf). Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS- PARTICIPASUS. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.nov.14/Iels227/U_PT-MS-GM-2629_271114.pdf](http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.nov.14/Iels227/U_PT-MS-GM-2629_271114.pdf)>. Acesso em: 19 ago. 2016.

Políticas Públicas

Conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm 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). (BOBBIO, 1995)

Referência

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004.

Políticas Públicas Saudáveis

As Políticas Públicas Saudáveis são voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, isto é, políticas dirigidas à melhoria das condições de vida da população em geral ou de grupos específicos expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, em função da exposição a riscos decorrentes de condições ambientais, sociais, comportamentais ou em função da insuficiência do acesso às ações e serviços que promovam e protejam suas condições de saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 146.

Políticas Sociais (1)

Conjunto de propostas de intervenção sobre problemas relacionados com o desenvolvimento social de um determinado país, estado ou município, incluindo as políticas de educação, saúde, habitação, transporte, cultura, esporte e lazer. São reconhecidas como uma atribuição, definida politicamente, de direitos e deveres legais dos cidadãos. Para Viana e Levcovitz (2005), esses direitos consistem na transferência de dinheiro e serviços com o objetivo de compensar condições de necessidade e risco para o cidadão que goza de tal direito. As políticas sociais ganham contornos diferenciados conforme o contexto político, cultural e institucional, gerando padrões diferentes de proteção social. No pós-Segunda Guerra Mundial, configuram-se pelo menos 3 diferentes tipos de políticas sociais de proteção: o modelo universal, com abrangência de toda a população na garantia de acesso a diferentes políticas sociais; o modelo de seguro social ou contributivo, que passou a garantir apenas aos segurados um conjunto de benefícios sociais previamente estabelecidos; o modelo residual ou de assistência social, voltado apenas a grupos vulneráveis ou focos de pobreza. (FLEURY; OUVENEY, 2008)

Referências

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2008. p. 23-64.

PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 69-81.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 146.

VIANA, A. L. d'Á.; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. d'Á.; ELIAS, E. M.; IBAÑEZ, N. (Org.). *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

Políticas Sociais (2)

Uma definição de políticas sociais envolve a dificuldade e a riqueza em lidar com a multidisciplinaridade da área, objeto de estudo da Antropologia, Economia, Sociologia, do Direito e, principalmente, da Ciência Política, visto que há relativo consenso, na literatura dessa área, sobre a dificuldade de conceituar com rigor analítico esse campo. Políticas sociais como políticas públicas podem ser compreendidas de acordo com a sua natureza, seu processo e seus conteúdos. Elas envolvem planos, ações e medidas governamentais cuja implementação objetiva garantir direitos sociais, bem como enfrentar problemas decorrentes do desenvolvimento econômico, sobretudo do capitalismo e de seus períodos de crise, como pauperização, pobreza, insalubridade, condições e regulação do trabalho, seguros previdenciários etc. A análise das políticas sociais, no campo das políticas públicas, implica compreender a importância do papel do Estado e de suas instituições, em especial a mais relevante delas, os governos, nas questões que dizem respeito ao desenvolvimento econômico em sua relação com a economia e a sociedade, em um dado contexto histórico. A afirmação de que políticas sociais – tradicionalmente associadas às ações dos governos nas áreas de saúde, educação, habitação, assistência social, trabalho e previdência social – são políticas públicas com natureza, conteúdos e formas de atuação dos governos diferenciados de outras políticas, como a política macroeconômica, a política energética e a política industrial, encontra amplo respaldo na literatura. Embora

não se possa identificar uma única definição conceitual, entende-se desde a concisa demarcação de Dye (2005), que política pública é o que o governo escolhe fazer ou não fazer, ou seja, tanto a ação quanto a inação dos governos podem ser consideradas como políticas públicas. Outros autores têm insistido em discussões acadêmicas mais elaboradas. Lowi, por exemplo, define a política pública como uma regra formulada por alguma autoridade governamental, que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas, como mostra Celina Souza (2006). Nessa mesma linha, Deubel (2005) afirma que uma política pública é produzida, em alguma medida, ou pelo menos tratada no interior de um marco de procedimentos, de influência e de organizações governamentais. Positivamente, então, toda política social ou toda decisão política, que repercute sobre os aspectos referenciados à garantia de conquistas sociais e (ou) ao enfrentamento das questões decorrentes do desenvolvimento econômico e que tenha, em alguma medida, a chance de autoridade governamental, é, necessariamente, política pública.

Referência

SANCHES FILHO, A. O. Políticas Sociais. In: IVO, A. B. L (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporânea*. São Paulo: Annablume, 2013. p. 369-373.

Postos de Trabalho

Corresponde aos lugares na estrutura organizacional de uma determinada organização, pública ou privada, onde os trabalhadores são alocados para o desempenho de funções gerenciais ou de produção de bens e serviços. No caso do sistema de saúde, trata-se dos postos de trabalho definidos em função de uma determinada estrutura organizacional, podendo-se identificar desde os mais “periféricos”, como é o caso dos agentes comunitários de saúde, até os mais “centrais”, como são os postos de trabalho da equipe dirigente do sistema.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 147.

Precarização do Trabalho

Precarização é um termo amplo que se unifica pelo sentido de perda de direitos trabalhistas ocorridas no contexto das transformações do mundo do trabalho e de retorno às ideias liberais de defesa do Estado mínimo, surgidas, especialmente, nos países capitalistas desenvolvidos a partir da terceira década do século passado. Em termos genéricos refere-se a um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas, no contexto do processo de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo. (MATTOSO, 1995, apud PIRES, 2008) A literatura registra que a precarização do trabalho com múltiplas relações contratuais tem contribuído para aumentar as dificuldades de representação e atuação sindical, deixando os trabalhadores desprotegidos e mais vulneráveis às exigências gerenciais e patronais. (MATTOSO, 1995, apud PIRES, 2008) Esse processo tem ocorrido com maior intensidade na produção industrial e nos setores de ponta da economia, mas tem

afetado, de modo diferenciado, todos os setores da produção na sociedade. É visível no setor de serviços em geral (OFFE, 1991) e na saúde em particular.

Referência

PIRES, D. E. Precarização do Trabalho em Saúde. In: BRASIL, P. I.; LIMA, C. F. (Coord.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, 2008. p. 318-319. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 16, nov. 2016

Precarização do Trabalho em Saúde

Entende-se a precarização do trabalho em saúde como um processo recente de mudança nas relações de trabalho, que tem gerado o crescimento do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados. Encontra-se: contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família e outras modalidades. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei. Para as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.

Referências

PIRES, D. E. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 251-63, 2000.

PIRES, D. E. Precarização do Trabalho em Saúde. In: BRASIL, P. I.; LIMA, C. F. (Coord.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, 2008. p. 320. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

Prestadores privados

entidades privadas de prestação de serviços de saúde, de caráter lucrativo (empresas) ou não lucrativo (filantrópicas).

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 147.

Prestadores públicos

Entidades estatais de prestação de serviços de saúde, incluindo instituições sob gestão federal, estadual ou municipal. Levando em conta a distinção entre “estatal” e “público”, podem-se considerar como prestadores públicos as instituições e estabelecimento privados que fazem parte do sistema público de saúde, através de convênios e contratos de prestação de serviços.

Referência

TEIXEIRA, C. (Org.). *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 147.

Problema

Qualquer acontecimento considerado fora dos padrões de normalidade para quem está analisando uma determinada situação. O entendimento sobre o que é um problema varia de acordo com o referencial social, cultural, político e técnico do “ator” que está explicando a situação, isto é, dos sujeitos que participam do processo de planejamento. Isso exige, por um lado, um esforço de identificação dos referenciais adotados pelos distintos atores e, por outro, indica a necessidade de se estabelecer um processo de diálogo e negociação entre os atores para se chegar a uma definição clara e consensual acerca do problema ou dos problemas que serão objetos do planejamento.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 146-7.

Problema de Saúde

É a representação social de necessidades de saúde, derivadas de condições de vida e formuladas por um determinado ator social a partir da percepção da discrepância entre a realidade vivida e a desejada ou idealizada. Assim, pode ser uma doença, um agravo, uma insuficiência de recursos ou uma ausência de um determinado serviço de saúde, ou até fatos que, na verdade explicam uma doença (por exemplo, falta de saneamento básico, fome etc.). Há uma tendência das lideranças comunitárias em identificar condicionantes e determinantes como problemas de saúde, por exemplo, desemprego, falta de saneamento básico etc. Os profissionais de saúde tendem a identificar doenças e agravos, e, principalmente, questões relacionadas com a infraestrutura e a organização de serviços.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 147-148.

Problema do Sistema de Serviços de Saúde

É a expressão de limitações, dificuldades, fragilidades existentes na organização e funcionamento do sistema de serviços de saúde. Considerando-se os componentes de um sistema de saúde – infraestrutura de recursos, organização dos serviços, Gestão e Financiamento, Processo de produção de serviços e produtos oferecidos à população usuária, pode-se identificar problemas de distinta natureza, magnitude e abrangência. Problemas de infraestrutura geralmente se apresentam como limitações no volume de recursos disponíveis (físicos, materiais, humanos e/ou financeiros), bem como na inadequação da forma de distribuição e utilização desses recursos. Problemas organizativos podem se apresentar como inadequação na forma de organização do processo de trabalho (práticas de saúde), ou inadequação da forma de organização dos serviços (estabelecimentos, como centros de saúde, hospitais etc.) ou na

inadequação na forma de organização do sistema de serviços (de acordo com princípios organizativos adotados, como é o caso, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dos princípios de hierarquização, e regionalização dos serviços). Problemas de Gestão e Financiamento se expressam como debilidades na condução política (tomada de decisões), no planejamento, programação, orçamentação e avaliação dos sistemas e serviços de saúde, na articulação intersetorial e interinstitucional necessária ao desenvolvimento das ações de saúde, na garantia e consolidação da participação e controle social etc. Tudo isso de acordo com o grau de aproximação ou não da realidade observada aos princípios e diretrizes definidas em lei, fruto de processos históricos de luta e definição da direcionalidade do sistema. Finalmente, problemas na prestação de serviços podem se apresentar por seus “efeitos”, isto é, problemas no alcance da cobertura necessária, na garantia da acessibilidade, qualidade, equidade, integralidade e humanização do atendimento, ou por limitações e dificuldades identificadas no processo de prestação de serviços em si mesmo, casos em que se analisa a observância ou não de normas técnico-científicas definidas em função do avanço do conhecimento científico e tecnológico na área e do grau de apropriação desse conhecimento pelos sujeitos das práticas, através de atividades de capacitação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 148.

Processo de Trabalho em Saúde

O estudo do processo de trabalho em saúde tem suas origens com o trabalho pioneiro de Maria Cecília Ferro Donnangelo (1975, 1976), que analisou especificamente a prática médica e suas relações com a sociedade. Essa abordagem foi desenvolvida por Mendes Gonçalves (1979, 1992) que analisa os componentes do processo de trabalho médico, quais sejam, o objeto, os instrumentos, a finalidade e os agentes, destacado sua articulação recíproca (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008), constituindo um referencial que passou a ser utilizado na análise do processo de trabalho de outras profissões de saúde, a exemplo da enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986), e dos “recursos humanos em saúde” (NOGUEIRA, 2009) de um modo geral. Segundo Peduzzi e Schraiber, mais recentemente, várias questões novas têm instigado a reflexão e pesquisa sobre o processo de trabalho em saúde. Por um lado, aparecem questões relacionadas às novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho; por outro, as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano da interação envolvendo a relação profissional - usuário ou as relações entre os profissionais. (NOGUEIRA, 2002) No que se refere especificamente ao cuidado em saúde, destacam-se as contribuições do estudo sobre o trabalho vivo em ato (MERHY, 1997, 2002; MERHY; CHAKHOUR, 1997) e sobre a intersubjetividade e a prática dialógica. (AYRES, 2001, 2002)

Na atualidade, o conceito processo de trabalho em saúde é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos

assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho. Questões bem atuais referentes ao processo de trabalho em saúde abordam as mudanças do mundo do trabalho que se iniciam em meados dos anos 1970 e suas repercussões no setor saúde, particularmente: a crescente incorporação tecnológica, o desemprego estrutural, a flexibilização e precarização do trabalho, entre outros fenômenos que ocorrem no mundo do trabalho em geral e se reproduzem no setor saúde com especificidades. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p. 326) Ver Precarização do trabalho em Saúde.

Referências

- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- ANTUNES, R. *O Caracol e sua concha: ensaios sobre a morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. *Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva*. 2002. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o medico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- MENDES GONÇALVES, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. 1979. 209 f. (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- MENDES GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 . Série textos).
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; NOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp/IE, 2002.
- NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. R. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2003.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: BRASIL, P. I.; LIMA, C. F. (Coord.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

Programação em Saúde

Momento do planejamento em saúde em que as ações são denominadas, quantificadas, com indicação de responsabilidade institucional e dos recursos necessários, sejam financeiros, sejam organizativos, com a finalidade de atingir objetivos previamente definidos a partir de uma dada análise da situação de saúde e de uma dada concepção de organização das práticas individuais e coletivas.

Referências

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Programación de la salud: problemas conceptuales y metodológicos*. Washington, 1965. (Publicaciones Científicas n. 111)

SCHRAIBER, L. B.; MVILASBÔAS, A. L. Q. NEMES, M. I. B. Programação em Saúde e organização de práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J. S., ALMEIDA FILHO, N. A. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 83-93.

Programação Pactuada e Integrada (PPI)

Instrumento de gestão criado pela Norma Operacional Básica (NOB) SUS 96. A pactuação refere-se à 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. (LUCHESE, 2004) Processo de programação de atividades realizado pelas equipes gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal e estadual, anualmente, com o objetivo de racionalizar a oferta das ações básicas e dos serviços de média e alta complexidade, de acordo com a forma de gestão na qual esteja habilitado o município ou o estado. (TEIXEIRA, 2010)

Referências

LUCHESE, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde pública: políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004. p. 81.

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 148.

Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído por meio da Medida Provisória (MP) nº 621, de 08 de julho de 2013 e configura-se como uma das estratégias prioritárias para o enfrentamento dos desafios que se colocam ao desenvolvimento da Atenção Básica (AB). Ainda em julho de 2013, foi lançada a Portaria Interministerial nº 1.369, que regulamentou a implementação do Projeto “Mais Médicos para o Brasil”, abordando os critérios de adesão e as etapas para a execução do referido projeto. Em outubro desse mesmo ano, foi publicada a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, a partir da conversão da já citada MP, que institui o PMM como um programa cuja finalidade é a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, apresentando distintos objetivos, dentre eles: redução da carência de médicos nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de diminuir as desigualdades regionais em saúde; fortalecimento dos serviços na atenção básica; aprimoramento da formação médica no país; ampliação da inserção do médico em formação nas unidades do

SUS, com vistas ao desenvolvimento de maior conhecimento sobre a realidade de saúde brasileira; aperfeiçoamento de médicos para atuação no SUS; estímulo à realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (BRASIL, 2013c) O conjunto da Lei do PMM constitui-se por três grandes eixos: I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica; II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. Esse último eixo descrito foi o que se apresentou mais nitidamente no início do lançamento do Programa, o qual na referida Lei é denominado de “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, tendo em vista a necessidade de provimento emergencial de médicos nas Equipes de Saúde da Família - ESF, em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e mais dificuldade de atrair e fixar profissionais. (BRASIL, 2013b, 2013c)

O PMM para o Brasil destina-se aos profissionais médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País e aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, sem revalidação do diploma, os quais são chamados de médicos intercambistas. Também foi firmada, no âmbito do projeto, uma cooperação técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para que o governo cubano disponibilizasse médicos, com experiência e formação para atuação na Atenção Básica, os quais são denominados de médicos cooperados. (BRASIL, 2013a, 2013c) Os médicos intercambistas e cooperados participam do programa por meio de um registro, concedido pelo Ministério da Saúde (MS), que restringe o seu desempenho em atividades de cuidado, ensino, pesquisa e extensão, apenas no âmbito do programa, no prazo de 3 anos, podendo ser prorrogado por mais 3 anos. A inserção de médicos intercambistas e cooperados pelo referido Programa propiciou a entrada de médicos de diferentes países e um quantitativo expressivo de médicos formados em países, como por exemplo, Cuba, cuja formação volta-se para a Atenção Primária em Saúde.

Referências

BRASIL. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013 a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 25 jun. 2015.

BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 25 jun. 2015.

BRASIL. Ministérios da Saúde e da Educação. Portaria Interministerial nº 1369 de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 jul. 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 25 jun. 2015.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal. É um programa governamental que

tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde no Brasil. O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipal, estadual e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regional e local, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em **estratos** que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos.

Referência

PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília, DF. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 10 set. 2015.

Programa Saúde da Família

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. O Programa Saúde da Família (*Family healthprogram*) é um Programa do Governo Federal brasileiro formulado em 1993, que visa à reestruturação da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). As prefeituras devem instalar equipes com no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde que devem atender de forma integral a no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas. (BRASIL, 1994) O principal propósito do Programa Saúde da Família é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Referências:

BRASIL. Ministério da saúde. *Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Disponível em: Acesso em: 10 set. 2015.

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, instituído em 2007. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE, implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade.

Referência

PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DABS). *Programa Saúde na Escola*. Biblioteca virtual de saúde, 2016. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 10 set. 2015.

Programas de Saúde

Conjunto estruturado de ações de saúde de natureza individual e/ou coletiva voltados para o cuidado a determinados grupos populacionais ou a doenças/agravos específicos. De modo tradicional, há uma ênfase nos aspectos normativos das práticas organizadas em programas. Entretanto, é possível articulá-los tomando por base problemas e necessidades de saúde de usuários do sistema de saúde em territórios vinculados às equipes de saúde, especialmente aquelas relacionadas com a Atenção Primária à Saúde.

Referências

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

SCHRAIBER, L. B.; VILASBÔAS, A. L. Q.; NEMES, M. I. B. Programação em saúde e organização de práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 83-93.

Promoção da Saúde

Originalmente entendida como uma das funções da Medicina, e posteriormente definida como o conjunto de ações de prevenção primária a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde com a finalidade de melhorar a saúde dos indivíduos e grupos da população, a Promoção da Saúde tornou-se, a partir de 1974, um movimento internacional que propõe o desenvolvimento de ações intersetoriais (emprego, geração de renda, saneamento, habitação, educação, transporte, saúde e lazer) e a mobilização social em torno da melhoria da qualidade de vida dos diversos grupos sociais e da população em geral. (CZRESNIA; FREITAS, 2003) Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde (PS) é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a *Carta de Ottawa* (1986), documento que se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (ADELAIDE, 1988; SUNDSWALL, 1991; BOGOTÁ, 1992; JACARTA, 1997; MÉXICO, 2000, BANGKOK, 2005) assim como para as Conferências Mundiais realizadas pela União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação (UIPES) (1991, 1995, 1998, 2001, 2004), sua III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde. (SÃO PAULO, 2002) A definição acima chama atenção para o almejado protagonismo das pessoas e a necessidade de

que sejam “empoderadas”, isto é, desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas. Tal enfoque da PS é complementado por uma proposta organizacional abrangente. A Organização Panamericana da Saúde (OPAS)/OMS já propusera uma definição em 1990, segundo a qual a Promoção da Saúde é “a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva”. (SALAZAR, 2004, p. 21) Nessa visão, são estratégias da Promoção da Saúde: intersectorialidade, mobilização social e de parcerias na implementação das ações, sustentabilidade e defesa pública da saúde (advocacia). Sua meta é qualidade de vida e seus princípios norteadores são equidade, a paz e a justiça social. A Promoção da Saúde, segundo a *Carta de Ottawa*, contempla cinco amplos campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. (SALAZAR, 2004) O Ministério da Saúde brasileiro define “promoção da saúde” como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersectorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Portanto, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Promoção da Saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais em que eles vivem. (BRASIL, 2015)

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

SALAZAR, L. de. *Evaluación de efectividad en promoción de la Salud, Guía de Evaluación Rápida*. Colômbia: CEDETES, Universidad del Valle, Cali CEDETES, Universidad del Valle, Cali, 2004.

Promoção do Acesso Universal e Equitativo aos Serviços de Saúde

Refere-se aos esforços desenvolvidos pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de garantir a expansão e reorganização da oferta de serviços de saúde, de modo a atingir parcelas da população que tenham dificuldade de acesso aos serviços. Indica que esses esforços devem estar orientados para a promoção da equidade, isto é, a distribuição das ações e serviços de acordo com o perfil de necessidades da população, tratando desigualmente os desiguais.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 149.

Protocolos Clínicos

Conjunto de normas e orientações técnicas acerca de como deve se conduzir o profissional de saúde diante de um problema específico, representando, assim, uma sistematização de procedimentos embasados na produção científica da área, que, ademais, permite a racionalização dos recursos empregados na prestação de serviços e a programação em escala dos mesmos.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 149-50.

Qualidade dos Serviços de Saúde

A noção de qualidade foi desenvolvida no campo da saúde nos anos 1950, e abarca um conjunto de atributos relacionados aos efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade, impacto), aos custos, (eficiência) à disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade).

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 150.

Redes de Atenção à Saúde

A rede de atenção à saúde é definida no documento “*Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*”, (OPAS, 2010), como

uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.

O mesmo documento define que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se de três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Mendes (2009, 2010, 2011) considera que as Redes de atenção à saúde compreendem um conjunto de serviços e trabalhadores de saúde que operam suas funções conjuntamente, de forma integrada, compartilhada, em estreita colaboração e cooperação, com intercâmbio constante e duradouro de recursos, utilizando-se, sobretudo, de ferramentas da comunicação, a fim de favorecer a continuidade do cuidado, a racionalização de custos, a otimização do processo de trabalho e a integralidade do cuidado. (MEDINA, 2014; MENDES, 2009, 2010, 2011) Os atributos das Redes de Atenção à Saúde, segundo esses autores, incluem características relacionadas à organização e funcionamento das redes de atenção à saúde, como por exemplo: trabalho em equipe, coordenação do cuidado, compartilhamento de informações, integralidade do cuidado, continuidade do cuidado, monitoramento e avaliação, intersetorialidade, educação em saúde para a população e centralidade no paciente/família. (MEDINA, 2014)

Referências

MEDINA, M. G. Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis. Relatório de pesquisa: produto 3. Projeto de cooperação entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) ATN/OC-12233- BR: O Sistema Único de Saúde em Estados e Municípios, 2014.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 25 set. 2015.

MENDES E. V. *As redes de atenção à Saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG Editora, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde (OPS): Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2011.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas n° 4).

Reforma do Setor Saúde

Reformas que privilegiam mudanças apenas no sistema de serviços de saúde. Podem contemplar alterações no financiamento, na gestão, na organização dos serviços e na infraestrutura do sistema, através da ampliação da rede física ou da contratação e distribuição dos profissionais e trabalhadores de saúde, incidindo, portanto, na acessibilidade e na utilização dos serviços pela população, sem necessariamente implicar na mudança do marco jurídico-normativo do sistema.

Referência

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A. Reforma Sanitária Brasileira em Perspectiva e o SUS. In: PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 203-209.

Reforma Política

Nome dado ao conjunto de projetos de lei (PL) e propostas de emendas constitucionais (PEC) ligadas à temática eleitoral, com fins de tentar melhorar o sistema eleitoral nacional, proporcionando, segundo seus defensores, maior correspondência entre a vontade do eleitor ao votar e o resultado final das urnas. Desse modo, a reforma política pode ser entendida como reorganização de regras para competições eleitorais periódicas, tal como tem sido o caso no Brasil pós-democratização. Segundo Avritzer e Anastácia (2006), o termo pode indicar também, uma reorganização mais ampla do sistema político, podendo-se distinguir a reforma das instituições políticas, a reforma do comportamento político e a reforma dos padrões de interação política. Segundo esses autores, no Brasil pós-democratização, a agenda da reforma política foi mudando: no começo dos anos 1990 ainda eram discutidos amplos traços da organização das instituições políticas, como foi o caso do plebiscito sobre o parlamentarismo. A partir do final da década de 1990, a ideia de reforma política foi se consolidando em torno de diferentes pontos: a reorganização ampla das regras do sistema político e da forma de financiamento de campanha, a criação de novas instituições capazes de aumentar a participação e os diferentes padrões de interação entre instituições representativas e participativas. Ver Reforma política no Brasil Pós-democratização.

Referência

AVRITZER, L.; ANASTACIA, F. *Reforma política no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 11.

Reforma Política no Brasil pós-democratização

Durante o Governo FHC, as duas grandes mudanças conseguidas foram a [cláusula de barreira](#), que teria aplicação após 2006, mas que pouco antes de entrar em vigor foi declarada inconstitucional e a [reeleição](#) por um mandato, aprovada em 1997, através da emenda 16, de forma bastante controversa. Durante a [década de 2010](#), a reeleição também passou a ser questionada, sendo proposto o seu fim. Ainda pode-se destacar, durante o governo de Fernando Henrique, a flexibilização na [imunidade parlamentar](#), aprovada por emenda constitucional em 2001. Merece menção também a [verticalização das eleições](#), aprovada em 1998 por um entendimento do TSE a respeito da aplicação da Lei Federal nº 9.504 de 30 de setembro de 1997, em seu artigo 6º, estabelecendo que eleições estaduais não poderiam ter coligações diferentes das coligações das eleições federais que ocorressem simultaneamente. Essa lei foi modificada pelo

Congresso Federal em 2006, passando, pelo princípio da anualidade, a vigorar para as eleições que ocorressem apenas um ano depois, portanto, tal sistema foi válido até as eleições daquele ano. Durante o Governo Lula, a [fidelidade partidária](#), reivindicação antiga, foi aprovada por decisão do TSE, referendada depois pelo STF, à revelia do Poder legislativo, em 2006. Em 2010, após um projeto de iniciativa popular, capitaneado pelo [Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral](#), foi aprovada a [Lei da Ficha Limpa](#). O STF julgou que a lei passaria a ter vigor a partir das eleições de 2012. No primeiro Governo Dilma, em 2011, o [Senado Federal](#) e a [Câmara dos Deputados](#) implantaram comissões separadas para estudar e elaborar propostas de reforma política, mas nenhuma delas obteve qualquer resultado. No caso da comissão estabelecida pelo Senado, os pontos analisados foram os seguintes: 1- Sistemas eleitorais - discutiu-se a manutenção do [sistema proporcional de lista aberta](#), através do [quociente eleitoral](#), com coligações, para as eleições de deputados federal e estadual e vereadores, ou se este seria substituído pelo Voto proporcional de [lista fechada](#), pelo Voto proporcional de [lista flexível](#), pelo [Voto distrital](#), pelo Voto distrital misto, ou pelo Voto único intransferível (também chamada erroneamente de “distritão”); 2- Financiamento eleitoral e partidário - houve debate sobre qual o melhor sistema de financiamento de campanhas eleitorais, se deveria ser mantido o sistema misto, ou se deveria adotar um financiamento exclusivamente público, ou um financiamento exclusivamente privado, com doações apenas de pessoas físicas, ou com doações também de pessoas jurídicas; 3 - Suplência de Senador - debateu-se o fim do segundo suplente, ou de ambos, eleitos junto com o senador, por voto majoritário, passando a ser o suplente, de acordo com a proposta, o candidato ao Senado não eleito mais bem votado da eleição anterior, ou ainda, que um Deputado Federal assumisse a vaga, sendo este o mais votado do Estado, ou o Deputado mais votado do mesmo partido que o do Senador que substitui; 4 - Filiação partidária e domicílio eleitoral - para concorrer às eleições, o candidato deverá possuir domicílio eleitoral no local em que está concorrendo à vaga pelo prazo de pelo menos um ano antes do pleito e estar com situação regularizada no partido no mesmo prazo. Houve propostas de alteração desses prazos; 5 - Coligações - defendeu-se o fim das coligações em eleições proporcionais. Outra proposta seria a chamada federação de partidos, no qual dois ou mais partidos atuariam como somente um; 6 - Voto facultativo; 7 - Data da posse dos chefes do Executivo - propôs se trocar esta data, para não coincidir com o feriado internacional, o que poderia possibilitar uma maior visibilidade internacional da posse dos chefes do executivo, entre outros fatores; 8 - [Cláusula de desempenho](#) - embora já declarada inconstitucional uma vez, entrou em pauta novamente; 9 - Fidelidade partidária - ainda que já existindo de fato por decisão judicial, discutiu-se colocá-la na legislação em definitivo; 10 - Reeleição e mandato - houve propostas para acabar com a reeleição dos chefes de executivo em mandatos seguidos. Ao mesmo tempo, discute-se ampliar o tempo de mandato para cinco anos e a unificação das eleições legislativas e executivas para o mesmo período; 11 - Candidato avulso - foram estudadas propostas para permitir a candidatura de pessoas que não possuam filiação a qualquer partido. Após as [eleições de 2014](#), com a eleição de novo governo e novo congresso, e a chegada de [Eduardo Cunha](#) à presidência da Câmara Federal, na primeira metade de [55.ª legislatura](#), formaram-se as condições para a realização da [Reforma Política de 2015](#). Ver Reforma política no Brasil em 2015.

Referência

REFORMA Política (Brasil). [S.l.], [201?]. WIKIPÉDIA: enciclopédia Geral. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Reforma_pol%C3%ADtica>. (Brasil). Acesso em: 16 nov. 2016.

Reforma Política no Brasil em 2015

Após as [Jornadas de Junho](#), em 2013, cresceu o clamor popular por uma reforma política, o que levou a então presidente, [Dilma Roussef](#), a propor um pacto nacional que previa a formação de uma Constituinte Exclusiva com o objetivo de reformar a Constituição. Pela ideia da Constituinte, seria eleito um outro congresso, paralelo ao congresso normal, apenas para reformar o sistema político. No entanto, essa ideia foi rejeitada pelo vice-presidente, pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e pela oposição, e acabou abandonada pelo governo. Foi proposta, como alternativa, a realização de um [plebiscito](#), onde a população responderia a várias perguntas sobre como gostaria que fosse o sistema político. Estariam em discussões se o voto seria por sistema proporcional de lista fechada, proporcional nominal (em vigor), distrital, ou distrital misto; ou se o financiamento das campanhas deveria ser público, privado ou misto (como em vigor no momento). Tal plebiscito, no entanto, também acabou esquecido, tão logo esfriaram os protestos. A única consequência no sistema político que por fim acabou atribuída às manifestações foi o fim do voto secreto nas cassações de parlamentares. Em junho de 2013, foi apresentada por diversas entidades, entre as quais a OAB, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e o Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral (MCCE), o projeto “Eleições Limpas”, que previa o fim do financiamento de empresas e o sistema eleitoral proporcional em dois turnos. Ainda em 2013 foi proposto pelo governo um projeto de lei que dificultava a criação de novos partidos, ao estabelecer que os parlamentares que mudassem para os partidos novos, não levariam o tempo de TV e o fundo partidário correspondente, como aconteceu em relação ao então recém-criado [Partido Social Democrático \(PSD\)](#), cuja criação foi estimulada pelo governo. Àquela altura, em 2013, [Marina Silva](#), provável adversária de Dilma Roussef na eleição seguinte, buscava formalizar a criação do partido [Rede Sustentabilidade](#), e aquele projeto, visto como uma tentativa de dificultar o fortalecimento do novo partido, foi chamado de “Lei Anti-Marina”.

Em 2014, foi a julgamento no STF a [ação direta de inconstitucionalidade](#) nº 4650, em que a [OAB](#) pedia o fim do financiamento de [pessoas jurídicas](#) a campanhas eleitorais. O julgamento já tinha maioria a favor do pedido, quando o ministro [Gilmar Mendes](#) pediu vistas, o que paralisou o julgamento por mais de um ano, atitude que foi criticada pela [esquerda](#), majoritariamente favorável ao fim deste tipo de financiamento eleitoral. Gilmar declarou posteriormente que caberia ao Congresso decidir aquela matéria. Após as [Eleições de 2014](#), com a eleição de novo governo e novo congresso e a chegada de [Eduardo Cunha](#) à presidência da Câmara Federal, na primeira metade de [55.ª legislatura](#), formaram-se as condições para a realização da reforma. Eduardo Cunha imprimiu ritmo acelerado aos trabalhos, defendendo como prioridades a constitucionalização das doações de pessoas jurídicas e a mudança do sistema de votação, do proporcional nominal para o sistema do chamado “distritão”, por oposição ao voto distrital, defendido pelo [PSDB](#), e ao voto proporcional de lista fechada, defendida pelo PT e PC do B. As propostas de Eduardo Cunha, por irem na contramão de diversos segmentos da sociedade civil, especialmente a questão do financiamento empresarial, foram chamadas pelo [PSOL](#) de “[contrarreforma](#)” política. A OAB também qualificou as ideias de Cunha como

“retrocesso”. A reforma passou a tramitar em duas frentes: o PL 5735/2013 chamado de minirreforma política, e a PEC 113/2015. Algumas das propostas tinham semelhanças entre si, tendo o projeto de lei o objetivo de aprovar mudanças mais rapidamente, e a PEC, o objetivo de torná-las mais consolidadas, tendo em vista o julgamento da ADI, que estava paralisado desde o pedido de vistas do ministro Gilmar. Uma simples mudança eleitoral poderia ainda ser derrubada pelo STF, o que seria mais difícil de acontecer em caso de uma declaração explícita na Constituição em favor do financiamento empresarial, como queria Eduardo Cunha. Em sua primeira derrota desde que assumiu a presidência da câmara, Eduardo Cunha não conseguiu aprovar o distrito e o financiamento empresarial a candidatos. No entanto, decidiu votar novamente, no dia seguinte, o financiamento eleitoral, propondo dessa vez o financiamento direto a partidos, o que acabou aprovado. A atitude de Cunha foi considerada uma “manobra”. Um total de 25 propostas foram votadas em primeiro turno na Câmara, tanto em relação ao PL, quanto em relação à PEC, sendo a maioria delas aprovada. Contrariando decisão da Câmara, o Senado, em setembro, derrubou a parte da PEC que previa o financiamento empresarial. No entanto, o projeto de lei prosseguiu, e mesmo derrotado no Senado, a última palavra seria da Câmara, que manteve o texto inicial, onde o financiamento das campanhas por empresas passaria a ser expressamente liberado. Na mesma semana, Gilmar Mendes liberou a ADI sobre a matéria, para votação no STF. No dia 17, o plenário do tribunal, por oito votos a três, decidiu que o financiamento empresarial era inconstitucional. Ainda assim, a matéria continuou em tramitação na Câmara, sendo aprovada, mas por fim, esse trecho da nova lei acabou vetada pela presidente Dilma, e Eduardo Cunha, ardoroso defensor do financiamento por empresas, não conseguiu o quórum para derrubar o veto. Modificações na [urna eletrônica](#) também foram aprovadas, de forma que o equipamento passe a imprimir o comprovante do voto, para ser automaticamente depositado numa urna à parte, de forma a permitir uma [auditoria](#) do voto. Esse trecho do projeto de lei também foi vetado por Dilma, mas o veto foi derrubado em novembro, passando a valer para as eleições de 2018. A minirreforma eleitoral foi aprovada como Lei 13165/2015. A PEC da reforma política terminou em forte impasse no Senado e acabou ficando para ser finalizada em 2016, não havendo acordo a respeito do fim da reeleição. Por fim, o único consenso foi em relação à constitucionalização da fidelidade partidária - conceito esse que há muito já havia sido reconhecido pela [jurisprudência](#) do TSE. A constitucionalização permitiu, junto com ela, uma “janela” de 30 dias para que os parlamentares pudessem trocar livremente de partido, sem no entanto levarem a proporção equivalente a seus mandatos do fundo partidário e tempo de TV. O fim da reeleição e a constitucionalização do voto impresso acabaram sendo rejeitados na tramitação da PEC, que foi promulgada como Emenda constitucional 91, em 18 de fevereiro de 2016.

Referência

REFORMA política no Brasil em 2015. [S.l.], [2015?]. WIKIPÉDIA: enciclopédia Geral. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Reforma_pol%C3%ADtica_no_Brasil_em_2015>. Acesso em: 16 nov.2016.

Reforma Psiquiátrica

No processo de reforma sanitária, é o projeto societário de mudança de paradigma sobre o cuidado em saúde mental, basicamente sustentado pela atenção psicossocial em liberdade, em respeito aos direitos fundamentais dos sujeitos e familiares, a quem devem ser garantidos,

em condições de igualdade perante a lei, todos os direitos humanos conferidos a quaisquer pessoas, com especial investimento no que a diferença inferioriza as pessoas com sofrimento psíquico.

Referências

BRASIL. Lei federal n. 10.216/01. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 30 ago. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF: OPAS, nov. 2005.

Reforma Sanitária Brasileira

Reforma sanitária é uma expressão que aparece no Brasil num artigo sobre as origens da Medicina Preventiva no ensino médico (SILVA, 1973) para designar o movimento que gerou o sanitarismo na Inglaterra em meados do século XIX e que originou a Saúde Pública institucionalizada. Ao compará-lo com o movimento da Medicina Social ocorrido na França e na Alemanha naquele mesmo século, o autor considerava o sanitarismo como uma reforma sanitária limitada. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976, defendeu a Saúde como um direito de todos os brasileiros, recomendando definir o conteúdo de uma Reforma Sanitária. (EDITORIAL, 1977, p.4) Nesse particular, reconhecia a unificação dos serviços de saúde, a participação social e a ampliação do acesso a serviços de qualidade como alguns marcos dessa reforma. A partir da realização da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (8ª. CNS) em 1986, “reforma sanitária” foi uma denominação que deu identidade ao movimento da democratização da saúde. Esta expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias em relação às mudanças e transformações necessárias na saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas vários setores do Estado e da sociedade em busca da melhoria das condições de vida da população. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Berlinguer (1987) recomendou investigar a história das reformas sanitárias, tal como foi feito em relação às revoluções científicas. Reconhecia nas “reformas sanitárias” contemporâneas algumas resultantes de uma revolução como no caso de Cuba, enquanto outras seriam decorrentes de uma espécie de revolução democrática em que as classes trabalhadoras e a intelectualidade poderiam exercer um papel de vanguarda. Considerava a Reforma Sanitária Italiana nesse segundo grupo, implicando uma longa marcha através das instituições no processo de transformação da sociedade e o Estado. (BERLINGUER, 1987) Presentemente, mesmo que alguns autores utilizem a expressão “reforma sanitária” para denominar reformas setoriais ou reformas dos sistemas de serviços de saúde, não tratam a questão sanitária de modo amplo, considerando tanto as necessidades de saúde quanto os seus determinantes sociais, culturais e ambientais. As reformas que privilegiam mudanças apenas no sistema de serviços de saúde (reforma no setor saúde ou reforma setorial) diferem de outras que, reconhecendo o sistema de serviços como uma das respostas sociais, pretendem intervir de forma ampla no atendimento das necessidades de saúde, com vista à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população. Este tipo

de reforma que busca enfrentar a questão sanitária de forma mais ampla pode ser denominado, mais precisamente, como reforma sanitária. Considerando Relatório Final da 8ª. CNS conclui-se que a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) corresponde ao segundo tipo de reforma sanitária identificado por Berlinguer (1987) e não se limita a uma reforma setorial. Portanto, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) é uma reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e seus aparelhos, da sociedade e da cultura. Supõe a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, com participação social na definição de políticas e na gestão. A garantia do acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) está associada à descentralização do processo decisório, ao controle social e ao fomento da ética e da transparência nos governos. Enfim, a RSB, enquanto uma “totalidade de mudanças” buscava atingir espaços da organização econômica e da cultura, mediante a produção e distribuição justa da riqueza, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde. A amplitude dos seus propósitos possibilita que o movimento sanitário reconheça a RSB como componente de um projeto civilizatório. (PAIM, 2008)

Referências

- BERLINGUER, G. Palestra. *Proposta: jornal da reforma sanitária*, Rio de Janeiro n. 1, mar. 1987. Encarte Especial.
- BRASIL. Relatório Final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-389.
- EDITORIAL I, *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, n. 4, jul. ago. set. 1977.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- REFORMA Sanitária. Pense SUS: SUS de A a Z. Fiocruz, Rio de Janeiro [200-?] Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em: 28 out. 2015.
- SILVA, G. R. S. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, S. Paulo, v. 28, n. 2, p. 31-35, 1973.

Regiões de Saúde

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. É base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

Referência

- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à

saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 19 ago. 2016.

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.

Referência

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004.

Regulação em Saúde

A atividade de regulação foi entendida inicialmente como a interferência do Direito na vida social e nos comportamentos individuais, porém, com o surgimento dos Estados modernos, passou a ser entendida, também, como a interferência do Estado nos sistemas sociais. A regulação em saúde significa, portanto, a intervenção do Estado para garantir a produção, distribuição e o consumo de serviços de saúde, e implica no estabelecimento de leis, normas e procedimentos a serem adotados pelos diversos entes que operam no âmbito do sistema. No Brasil, a atividade de regulação estatal no setor saúde é entendida de forma diversa, conforme a natureza do objeto a ser regulado. No âmbito do próprio sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS), as instâncias gestoras (Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIBs) tratam de estabelecer as regras das relações entre os níveis de governo e as relações com os prestadores privados. Já na regulação do mercado da assistência médica suplementar ou o mercado farmacêutico, o Estado atua como conciliador dos conflitos entre consumidores e operadoras dos planos por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e entre consumidores, distribuidores e produtores de medicamentos (papel exercido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA).

Referência

TEIXEIRA, C. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.

Regulação Sanitária

O termo regulação tem sido cada vez mais utilizado no debate sobre as políticas públicas. O termo é polissêmico e existem diferentes concepções de regulação. No setor saúde, a temática da regulação vem sendo bastante debatida, apontando-se (SOUZA, 2007) questionamentos diversos sobre quem pode exercer a ação regulatória, se o Estado e seu aparato, se organizações privadas e se até mesmo organizações internacionais. Cada vez mais relevante, a questão regulatória, como enfatiza Barreto (2004), faz parte da discussão mais ampla das relações entre o conhecimento científico e os processos de decisão do Estado, que, de forma crescente necessita de conhecimento científico atualizado para fundamentar as normas que estabelece e suas decisões. Um conjunto diversificado de estratégias de regulação tem sido adotado para

diferentes áreas da Política Nacional de Saúde. Algumas estratégias expressam traços de antigas práticas de regulação e outras representam formas novas que vêm sendo incorporadas no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Machado (2002), de forma didática tais estratégias poderiam ser divididas em três dimensões: a) regulação da gerência ou da gestão; b) regulação da atenção à saúde e c) regulação de mercados na saúde, que incluem os medicamentos e outros insumos e tecnologias em saúde, os planos de saúde etc. No âmbito de vigilância sanitária pode-se entender a regulação como uma função mediadora entre os interesses da saúde e os interesses econômicos; deste modo, vigilância sanitária constitui uma instância social de mediação entre a produção de bens e serviços – que portam benefícios, mas também portam riscos – e a saúde da população. (COSTA, 2004) Cabe, portanto, ao sistema regulatório avaliar riscos e desenvolver um conjunto de ações estratégicas para prevenir, minimizar e eliminar riscos à saúde, proteger e promover a saúde da população. Essas ações devem estar fundamentadas em conhecimento técnico-científico e informações atualizadas e requerem o estabelecimento de regulamentos técnicos, bem como de normas jurídicas que fixam as regras na sociedade para os comportamentos relacionados aos bens de interesse da saúde sob vigilância sanitária. Essas ações são de competência do Estado, que deve atuar na preservação dos interesses da coletividade, indo além das atividades de mercado e proteção dos consumidores, de modo a proteger a saúde da população como um todo, o ambiente e até mesmo a economia do país. A regulação de medicamentos é uma tarefa complexa, dado que a indústria farmacêutica é um dos mais fortes ramos da economia, com grande concentração de mercado em algumas empresas transnacionais. A tecnologia mais utilizada nos serviços de saúde é objeto de poderosas estratégias comerciais e tem forte peso na estrutura do gasto público e privado em saúde. (BARROS, 2008) Como parte da Política Nacional de Saúde e fundamental ao alcance dos seus objetivos – especialmente das políticas farmacêuticas – a regulação de medicamentos requer ações diversas e articuladas, de natureza técnico-científica, política e administrativa; inclui a regulação econômica e abrange a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e as políticas industriais. (COSTA, 2013)

Referências

- BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 329-38, 2004.
- BARROS, J. A. C. Antigas e novas questões: enfrentando uma conjuntura desfavorável. In: BARROS, J. A. C. (Org.). *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008. p. 23-78.
- COSTA, E. A. Regulação e vigilância sanitária. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. *Epidemiologia e Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 493-520.
- COSTA, E. A. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2 ed. aum. São Paulo: Sobravime, 2004.
- COSTA, E. A. Regulação e vigilância sanitária para a proteção da saúde. In: VIEIRA, F. P.; REDIGUEIERI, C. F.; REDIGUEIERI, C. F. (Org.). *A regulação de medicamentos no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 21-37.
- MACHADO, C. V. Regulação da Política Nacional de Saúde. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passa a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 505-26.
- SOUZA, M. C. D. *Regulação sanitária de produtos para a saúde no Brasil e no Reino Unido: o caso dos equipamentos eletro médicos*. 2007. 290f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

Relação Público/Privado

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê uma estrutura híbrida de gestão da saúde, baseada no funcionamento simultâneo de uma rede de atendimento pública e gratuita ao cidadão e outra privada, que atua de maneira complementar e conforme as diretrizes do SUS. Com as restrições dos serviços e recursos investidos pelo Estado para atender as demandas de saúde da população brasileira, o setor privado vem atuando sob a forma de planos e seguros de saúde, bem como de hospitais, clínicas, laboratórios, e consultórios particulares. A contradição entre a proposta de universalidade do SUS e a atuação da rede privada é ponto de partida para articulações e movimentos contra a tendência de privatização do setor da saúde. Além disso, as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados, o difícil ressarcimento das ações prestadas pelo SUS aos usuários de planos de saúde privados e a precariedade que vem caracterizando o crescimento desordenado da oferta privada estão na agenda das críticas do movimento sanitário e nas propostas de fortalecimento do SUS. Outro debate sobre a relação público X privado está relacionado à gestão de unidades de saúde. Isso porque, além da administração pública direta de unidades clínicas e hospitalares do sistema público, há estratégias de gestão em andamento, por meio das autarquias, organizações sociais de saúde (OS) e das fundações. No caso das OS, algumas críticas apontam para a ocorrência de desvios de recursos públicos, problemas relacionados ao acesso, relação precária com o trabalhador, entre outras questões.

Referência

PÚBLICO X Privado. Pense SUS: SUS de A a Z. Fiocruz, Rio de Janeiro, [200-?]. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/publico-x-privado>>. Acesso em: 28 out. 2015.

Representação Política

O sentido da representação política está na possibilidade de controlar o poder político, atribuída a quem não pode exercer pessoalmente o poder. Assim, pode ser satisfeita a exigência fundamental que desde as primeiras e incertas origens fez surgir a instituição da representação. Na prática, podem dividir-se em: a) significados que se referem a uma dimensão da ação, o representar é uma ação segundo determinados cânones de comportamento; b) significados que levam a uma dimensão de reprodução de prioridades ou peculiaridades existenciais; representar é possuir certas características que espelham ou evocam as dos sujeitos ou objetos representados.

Referência

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1998. v. 1.

Reserva do Possível

A teoria do princípio da reserva do possível tem como berço as decisões proferidas pela Corte Constitucional Federal da Alemanha, pelas quais se sustentou que as limitações de ordem econômica podem comprometer sobremaneira a plena implementação dos direitos sociais, ficando a satisfação destes direitos, assim, na pendência da existência de condições materiais – especialmente econômicas – que permitam sua atendibilidade. (OLIVEIRA NETTO, 2005,

p. 147) De acordo com a noção de reserva do possível, a efetividade dos direitos sociais a prestações materiais estaria sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, uma vez que seriam direitos fundamentais dependentes de prestações financiadas pelos cofres públicos. (SARLET; FIGUEIREDO, 2008, p. 29)

Dentre os vários temas que têm sido objeto de intensas discussões na atualidade, insere-se aquele referente à capacidade limitada do Poder Público de prover todas as necessidades ilimitadas da coletividade. Seja no campo da saúde, da infraestrutura, de transportes, de segurança pública, na área educacional, na fiscalização alfandegária, ou em qualquer outro setor no qual o Estado tem o compromisso de realizar tarefas para a consecução do bem comum. (OLIVEIRA NETTO, 2005, p. 145) O autor explica que por mais que a superestrutura estatal esteja satisfatoriamente aparelhada para se desincumbir destes encargos sociais, dificilmente terá condições de promover um atendimento integral a todos. Assim, inúmeras ações acabam sendo geradas devido ao não atendimento de todas as pessoas que venham a necessitar de uma prestação por parte do Estado. Nesse sentido, essas insatisfações acabam sendo absorvidas pelo Poder Judiciário. Utiliza-se como exemplo o fornecimento de medicamentos: ou o Judiciário concede o fornecimento, atendendo ao art. 196 da Constituição Federal CF/88 e ao próprio mínimo existencial de dignidade humana, ou nega o pedido e deixa de atender a um direito fundamental à saúde. (KIRCHHOFF, 2011) Ver Judicialização da saúde; Ver Mínimo Existencial.

Referências

KIRCHHOFF, K. A efetividade da tutela antecipada nas ações de medicamentos. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, v. 14, n. 90, jul. 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=993> . Acesso em: 25 set. 2015.

OLIVEIRA NETTO, S. O princípio da reserva do possível e a eficácia das decisões. *Estudos Jurídicos: revista da Procuradoria Geral da União*, Brasília, DF, v. 4, n. 7, ago. 2005.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. *Revista de Doutrina da 4. Região*, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html> . Acesso em: 25 set. 2015.

Resolutividade

A resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos. A resolutividade tem sido discutida com diferentes abordagens, mais ou menos abrangentes e, portanto, poder-se-ia dizer que ela depende de quem avalia e o que se avalia no momento. Envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros.

Referência

TURRINI, R. N. T. et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.

Satisfação dos Usuários

Diz-se da satisfação dos consumidores de um determinado serviço com o mesmo. No caso dos serviços de saúde, a satisfação dos usuários geralmente está mais vinculada às condições gerais da prestação do serviço do que propriamente à qualidade e efetividade do mesmo, devido à dificuldade que os usuários em geral têm em avaliar a adequação do serviço prestado ao conhecimento científico disponível e às normas técnicas existentes.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 150-1.

Saúde da Família

A saúde da família está no primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Para efetivar essas ações, é necessário o trabalho de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, formadas por: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental. As equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção. Além disso, tem como estratégia de trabalho: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco as quais a população que ela atende está exposta e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário. Ver Programa Saúde da Família. Ver Estratégia Saúde da Família.

Referência

SAÚDE da Família. Pense SUS: SUS de A a Z. Rio de Janeiro, [200-?]. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>>. Acesso em 10 set. 2015.

Saúde Mental

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. A atenção em saúde mental é oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS), através de **financiamento** tripartite e de ações municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade. A *Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas* foi pactuada em julho de 2011, como parte das discussões de implantação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, e prevê, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral

em Hospitais Gerais. Além de atender pessoas com transtornos mentais, esses espaços acolhem usuários de álcool, crack e outras drogas e estão espalhados pelo país, modificando a estrutura da assistência à saúde mental. Vêm substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas, na tentativa de construir um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do SUS (universalidade, equidade e integralidade). Essa forma de atendimento é fruto de um longo processo de luta social que culminou com a Reforma psiquiátrica, em 2001. Sua principal bandeira está na mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. O maior desafio para as políticas de saúde mental no Brasil hoje é o enfrentamento do uso do crack. Com a desospitalização promovida a partir dos princípios da Reforma psiquiátrica e o consumo crescente da droga em todas as esferas sociais, o SUS tem atuado de forma interdisciplinar, objetivando construir uma estratégia eficaz de enfrentamento do problema, já considerado uma epidemia por diversas instituições.

Referências

BRASIL. Lei federal n. 10.216/01. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 30 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS. nov. 2005.

SAÚDE mental. Pense SUS: SUS de A a Z. Fiocruz. Rio de Janeiro, [201?]. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

Saúde Reprodutiva

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples ausência de doença ou enfermidade que afete funções e processos do sistema reprodutivo. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com a definição acima, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis. Ver Planejamento Familiar/Reprodutivo e Direitos Reprodutivos.

Referência

OMS. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo*. Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

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, independentemente de pagamento específico ou seguro. O Sistema Único de Saúde (SUS) é um caso típico de Seguridade Social.

Referência

LUCCHESE, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004. p. 84-85.

Seguridade Social no Brasil

A Constituição de 1988 consagrou a expressão seguridade social, até então oficialmente inexistente, para consignar um padrão de proteção social que se queria abrangente e redistributivo. A Constituição de 1988 identifica a seguridade social como o “conjunto integrado de ações de iniciativa do poder público e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e à assistência social” (art. 194). Apesar dos regimes distintos aos quais estas áreas estão sujeitas (em termos de acesso por parte dos usuários e financiamento dos benefícios, basicamente), as três são consideradas, pela Constituição Federal e por muitos autores, como os componentes fundamentais de uma concepção redistributiva de proteção social. A Seguridade Social de natureza pública ou estatalmente regulada expandiu-se nos estados de bem-estar consolidados no Ocidente a partir do fim da guerra contra o nazismo. O uso valorativo do conceito ganhou força e popularidade na Europa em estreita ligação com os princípios estabelecidos por Beveridge em 1942, no celebre relatório que orientou a reforma da legislação social Inglesa no imediato pós-guerra. Dentro do campo das políticas sociais, o aparato legal e institucional abarcado sob a designação de Seguridade Social distingue-se por incluir benefícios de prestação continuada como aposentadorias e pensões e outros esporádicos – como auxílio-natalidade, auxílio-doença, auxílio-reclusão – todos eles voltados para assegurar a reprodução do trabalhador e de seus dependentes em uma situação de risco, a qual supõe-se que o cidadão não teria condições, ou não deveria enfrentar com suas possibilidades individuais. Diferentemente de outras políticas sociais como a educacional ou a habitacional, a Seguridade distingue-se por agrupar um conjunto de benefícios – em espécie ou monetários – cujas características distintivas tradicionalmente foram associadas à existência de uma norma legal que lhes assegura o exercício como direito, definição de mecanismos financeiros e institucionais de caráter corporativo; a vinculação do benefício a uma situação de risco (velhice, acidente, doença), face a qual existe um pacto de solidariedade previamente estabelecido. Embora não se submeta a uma rigorosa conceituação, já que esta definição mais que teórica é, sobretudo, política, a Seguridade Social, seja em sua origem, seja em seu desenvolvimento posterior, passou a abarcar um conjunto diversificado de políticas sociais, identificadas como políticas de previdência, políticas de atenção à saúde e políticas de assistência social. A Seguridade talvez seja um dos conceitos mais expressivos da dinâmica do capitalismo avançado no século XX.

Referência

LUCCHESE, P. T. R. (Coord.). *Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública: políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS, 2004. p. 84-85.

Seleção de Prioridades

Escolha de problemas e das ações a serem desenvolvidas em cada área específica com base na análise da situação atual e suas tendências, bem como na avaliação dos efeitos das ações desenvolvidas em cada área e suas eventuais limitações. O processo de seleção de prioridades pode vir realizado a partir da definição de vários critérios, como por exemplo, magnitude do problema, relevância política (transcendência) atribuída a ele, vulnerabilidade e custo da intervenção. A magnitude se refere ao “tamanho” do problema e pode ser dimensionada em função do volume da população atingida pelo mesmo. Geralmente, a magnitude de um problema é definida em função dos indicadores epidemiológicos, ou seja, a morbimortalidade atribuída ao problema. A valorização social, por sua vez, diz respeito ao impacto do problema na percepção dos diversos grupos da população considerada. Assim, um problema pode ter baixa magnitude, e ser altamente valorizado por seu impacto social. O terceiro critério, disponibilidade de tecnologia para intervir sobre o problema, diz respeito à capacidade operacional do sistema de atenção à saúde do grupo considerado, no caso, envolvendo os serviços próprios da empresa e os serviços contratados ou o próprio sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde - SUS). Ainda que um problema seja considerado de alta magnitude e valorizado socialmente, se o sistema de saúde não dispuser de condições organizativas e tecnológicas para enfrentá-lo, não será conveniente considerá-lo prioridade. Finalmente, um critério de priorização importante é o custo estimado da intervenção sobre o problema, uma vez que, quanto mais barata for a intervenção, mais facilmente um problema pode ser considerado prioridade, sendo que, quanto mais cara a intervenção, mais difícil garantir o enfrentamento e superação do mesmo. (OPAS; OMS, 1965)

Referências

OPAS. Organização Panamericana de Saúde; OMS. Organização Mundial de Saúde. Washington, 1965 (Publicaciones Cientificas n. III)

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 151.

Serviços de Saúde

Termo genérico que permite três acepções: a) serviços de saúde como sinônimo de ações de saúde, a exemplo de consultas médicas, de enfermagem, visitas domiciliares, vacinação etc.; b) serviços de saúde como sinônimo de estabelecimentos de saúde, como centros de saúde, ambulatórios, hospitais etc. e c) serviços de saúde como sinônimo de instituições ou sistemas, uso que se verifica quando se fala de “serviços públicos” ou “serviços privados”.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 151-2.

Sistema de Informação

Conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos de produção de dados, processamento e análise de informações, visando sua difusão e utilização no processo de tomada de decisões e de operacionalização de ações. No caso da saúde, contamos com um conjunto de sistemas de

informação de base epidemiológica ou gerencial, que subsidiam ou podem subsidiar o aperfeiçoamento das práticas de saúde em todos os âmbitos do sistema.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 152.

Sistema de Saúde

O termo Sistemas de saúde passou a ser utilizado na administração e planejamento em saúde nos anos 1960 do século passado, com a incorporação do enfoque sistêmico. Esta abordagem baseia-se na “teoria dos sistemas”, desenvolvida originalmente na Biologia e nos estudos sobre cibernética e teoria da informação, adotada e desenvolvida na Teoria social estrutural funcionalista por TalcottParsons (1951). Sua utilização na área de saúde ganhou proeminência no contexto do debate acerca da reorientação de sistemas de saúde, desencadeado pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978. (DECLARAÇÃO, 1978) Esse debate tem se renovado em função da crise permanente em que vivem os sistemas de saúde no mundo ocidental, premidos pelo aumento da demanda, elevação de custos, redução da efetividade diante das mudanças no perfil epidemiológico da população e insatisfação generalizada dos dirigentes, profissionais, trabalhadores e usuários, embora por motivos diversos, com a organização e funcionamento do sistema. Integra o Sistema de Saúde o conjunto de instituições (públicas e/ou privadas) envolvidas direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde a uma dada população em um território específico (país, estado, município). Em outras palavras, um Sistema de Saúde inclui o conjunto de instituições (públicas e/ou privadas) que coordenam, regulam, produzem ou controlam a produção de bens e serviços relacionados com a promoção da saúde, prevenção de riscos e danos, assistência e reabilitação. Inclui, portanto, instituições gestoras, órgãos financiadores, provedores de insumos, empresas e instituições prestadoras de serviços, universidades, escolas e outras instituições formadoras de pessoal em saúde, indústrias produtoras de medicamentos e tecnologias utilizadas na prestação de serviços de saúde, meios de comunicação de massa, envolvidos na difusão de informações de interesse da saúde individual e coletiva e os próprios usuários, consumidores das ações e serviços de saúde, que podem (ou não) participar ativamente na elaboração das normas e na gestão das políticas que regem a organização e o funcionamento do sistema. A análise de um sistema de saúde pode ser feita distinguindo-se seus componentes, quais sejam sua infraestrutura (características e distribuição dos recursos físicos, humanos e materiais), a forma de organização e relacionamento entre as unidades prestadoras de serviços, o modelo de financiamento (fontes, volume e forma de distribuição e utilização dos recursos financeiros), o modelo de gestão (pública, privada ou “mista”, centralizada ou descentralizada, autoritária ou democrática, tecnocrática ou participativa) e o perfil de oferta de serviços prestados à população. (KLEKOWSKY; ROEMER; WERFF, 1984)

Referências

KLEKOWSKY, B. M.; ROEMER, M.; WERFF, A. V. D. *Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia La Salud Para Todos*. Ginebra: OMS. 1984. Pautas para una política. (Cuadernos de Salud Pública, n. 77).

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, I. C. M. Sistemas de Saúde. In: IVO, A. B. L (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporânea*. São Paulo: Annablume, 2013. p. 467-468.

Sistema de Serviços de Saúde

Conjunto de instituições envolvidas direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde a uma dada população em um território específico (país, estado, município). A análise de um sistema de saúde pode ser feita distinguindo-se seus componentes, quais sejam sua infraestrutura (recursos físicos, humanos e materiais), a forma de organização (unidades, redes), o financiamento (fontes, volume e forma de distribuição e utilização dos recursos financeiros), a gestão (pública, privada ou “mista”, centralizada ou descentralizada, autoritária/democrática, tecnocrática/participativa) e o perfil de prestação de serviços à população (relação oferta/demanda/necessidades de saúde). (KLEKOWSKY; ROEMER; WERFF, 1984)

Referência

KLEKOWSKY, B. M.; ROEMER, M.; WERFF, A. V. D. *Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia La Salud Para Todos*. Ginebra: OMS. 1984. Pautas para una política. (Cuadernos de Salud Pública, n. 77).

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 152.

Sistema Nacional de Saúde

A incorporação do enfoque sistêmico no discurso oficial/governamental na área de saúde, no Brasil, ocorreu em meados dos anos 1970 do século passado, tendo originado a elaboração e aprovação pelo Congresso Nacional da Lei nº 6229, de 1975. O texto desta lei referendava a divisão então existente entre a área de Saúde Pública, a cargo do Ministério da Saúde, e a área de Assistência Médico-Hospitalar, então sob responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência Social (INP, cuja reforma em 1977 gerou o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão responsável pela assistência médica aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e seus dependentes. O debate em torno da Reforma Sanitária Brasileira contemplou a crítica a este modelo organizacional, gerando a proposta de implementação de um Sistema Único de Saúde (SUS) proposta esta sistematizada no documento apresentado pelo Centro de Estudos Brasileiro de Saúde (Cebes) no primeiro Simpósio sobre Políticas de Saúde, realizado na Câmara dos Deputados, em Brasília, em 1979.

Referência

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 121-137.

Sistemas Universais de Saúde

Várias classificações e tipologias dos sistemas de saúde, atualmente existentes nos países do mundo ocidental, advêm da análise das características dos seus vários componentes. A mais comumente utilizada nos estudos internacionais aponta a existência de dois “tipos ideais”, quais sejam, os Sistemas Universais e os Sistemas Segmentados. (MENDES, 2001) Os sistemas universais, como o nome indica, tendem à universalização do acesso da população aos serviços, na medida em que se fundamentam em um arcabouço jurídico-político que incorpora o Direito à Saúde como direito de cidadania e adota um modelo de financiamento público que privilegia a noção de seguridade social, isto é, o dever do Estado em garantir o acesso da

população aos bens e serviços considerados essenciais à sua sobrevivência (em contraposição à noção de seguro social, segundo a qual só tem direito quem paga diretamente pelos serviços). No que diz respeito à organização da atenção à saúde, assume como princípios a integralidade e a equidade, o que implica a busca de articulação entre ações de promoção da saúde e da qualidade de vida, com ações de prevenção de riscos e agravos e ações assistenciais e reabilitadoras dirigidas a grupos prioritários e indivíduos que necessitam cuidados. O modelo gerencial e organizacional, coerente com esse tipo de opção, se baseia necessariamente nos princípios da descentralização político-administrativa, regionalização dos serviços em bases territoriais, integração dos serviços em redes e “linhas de cuidado” segundo natureza do problema de saúde a ser enfrentado e participação social na gestão, ou seja, envolvimento dos representantes da população nas decisões acerca da política e das estratégias de desenvolvimento do sistema. Os sistemas segmentados, por sua vez, entendem a Saúde como uma mercadoria e não um direito de todos. Enquanto mercadoria, a saúde só pode ser acessível aos que podem pagar, direta ou indiretamente, pelas ações e serviços que buscam promovê-la, mantê-la ou recuperá-la, o que significa que não cabe ao Estado e sim às organizações privadas (empresas financiadoras de seguro-saúde ou particulares) arcar com os custos de sua provisão. O modelo de financiamento desse tipo de sistema, portanto, é predominantemente privado, mesmo que o Estado às vezes participe, financiando programas focalizados em populações pobres, marginalizadas, que não podem arcar com os custos dos serviços. A prestação de serviços segue a lógica do mercado, não há uma preocupação com a regionalização das unidades (base territorial) e a tendência predominante é a concentração da produção nos serviços médico-assistenciais, em detrimento de ações promocionais e preventivas. Exemplos de sistemas de saúde universais são, atualmente, os sistemas de vários países europeus, como o sistema inglês *National Health Service*, os sistemas dos países escandinavos, o sistema francês e o espanhol, bem como, na Ásia, o sistema japonês. Na região das Américas, destaca-se, nesse modelo, o sistema canadense e o sistema cubano. Já o sistema americano tem sido apontado como exemplo do sistema segmentado, no qual predomina a multiplicidade de instituições e serviços tendencialmente orientados para o mercado.

Referência

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, I. C. M. Sistemas de Saúde. In: IVO, A. B. L. (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporânea*. São Paulo: Annablume, 2013. p. 467-468.

Sistema Único de Saúde (SUS) (1)

É expressão de uma política de Estado que se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde, traduzida em princípios (valores), diretrizes (políticas e organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que orientam e definem o curso das ações governamentais. Nesse sentido, o SUS assume e consagra os “princípios finalísticos”, que expressam a natureza do sistema, são eles: a universalidade, igualdade/equidade e integralidade da atenção à saúde, e também os “princípios estratégicos”, as diretrizes organizativas e operacionais que apontam como deve ser construído o sistema: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

Referência

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um Sistema Universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

Sistema Único de Saúde (SUS) (2)

Em 1988, por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Os desafios, no entanto, são muitos, cabendo ao governo e à sociedade civil a atenção para estratégias de solução de problemas diversos, identificados, por exemplo, na gestão do sistema e também no subfinanciamento da saúde (falta de recursos). Paralelamente à realização de consultas, exames e internações, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos. Além da democratização da saúde (antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade), a implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país. Até então, a saúde representava apenas um quadro de “não-doença”, fazendo com que os esforços e políticas implementadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Com o SUS, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas.

Referência

SISTEMA Único de Saúde. *Pense SUS : SUS de A a Z*. Fiocruz, Rio de Janeiro, [200- ?] Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em: 28 out. 2015.

Sistema Único de Saúde (SUS) (3)

O Brasil dispõe atualmente de um sistema misto, no qual convivem o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja cobertura assistencial atinge cerca de 120 milhões de brasileiros e o Sistema de Assistência Médica Supletiva, constituído por um conjunto de modalidades privadas de prestação de serviços de saúde (empresas médico-hospitalares e cooperativas), financiadas direta ou indiretamente pelos usuários através de planos e seguros-saúde, cuja cobertura atinge cerca de 42 milhões de pessoas. (BAHIA; SCHEFFER, 2008) Além disso, alguns autores chamam a atenção para a existência de um “sistema” de desembolso direto (SDD), constituído pelo conjunto de serviços pagos sem intermediação entre prestadores e usuários, a exemplo de medicamentos adquiridos em farmácias comerciais, assistência odontológica prestada em consultórios particulares, aquisição de óculos, lentes e outros produtos, bem como consultas e internações hospitalares. Entretanto, apesar do crescimento exponencial da oferta de ações e serviços, principalmente decorrentes da expansão de cobertura dos programas desenvolvidos pelo SUS, cerca de 15 milhões de brasileiros ainda não dispõem de acesso regular ao sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), proposto originalmente pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que remonta à segunda metade dos anos 1970 do século

passado (PAIM, 2008), vem sendo constituído a partir da incorporação do Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988 e da adoção de um conjunto de políticas e estratégias que contemplaram a unificação do mando (pela integração orgânica entre o Ministério da Saúde e o antigo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS) no governo Collor de Melo, a municipalização das ações e serviços de saúde (através da implementação das Normas Operacionais Básicas 001/93 e 001/96) durante os Governos Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso) e, mais recentemente, a regionalização (através dos Pactos pela Saúde) no Governo Lula. (NORONHA et al, 2008) Considerado por vários autores como a maior política social implantada no Brasil republicano, pela ampla cobertura e universalidade de direitos, o SUS vem sendo objeto de inúmeros estudos e pesquisas, as quais apontam seus avanços, problemas e desafios. Existe um relativo consenso de que o maior problema do SUS é de natureza política, ou seja, refere-se às dificuldades de mobilização da sociedade em prol de um sistema universal e igualitário. (VICTORA et al, 2010) Daí decorrem outros, com destaque para o subfinanciamento do gasto público em saúde resultante da prioridade dada às políticas de ajuste fiscal e de crescimento econômico e ao aumento da competitividade dos produtos brasileiros no mercado externo. (TEIXEIRA; PINTO, 2013) No que tange à gestão, destaca-se a vulnerabilidade do sistema às mudanças de governos, gestores e partidos, o que gera descontinuidades administrativas pela alta rotatividade das equipes, “engessamento” burocrático e por vezes intercorrências desastrosas em função das ideologias e estilos de dirigentes despreparados ou “mal-intencionados”, dos compromissos político-partidários ou simplesmente interesses particulares. (PAIM, 2011) Além disso, registra-se insuficiência da infraestrutura do sistema, especialmente nas regiões norte e nordeste, bem como a desproporção entre os serviços da rede própria (estatal) e os serviços da rede contratada e conveniada, o que expressa uma grande dependência do SUS (sistema público) ao setor privado, principalmente no que diz respeito aos leitos hospitalares e aos serviços de apoio diagnóstico. (NORONHA et al., 2011) Quanto à organização, chama atenção a incipiência do processo de organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde e a baixa efetividade da atenção básica, que gera maior tensão entre os níveis de complexidade da atenção, implicando a persistência de mecanismos de seletividade e iniquidade social. Além disso, o crescimento do número de planos privados de saúde integrantes do Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS), em desarticulação com o SUS tem consolidado a segmentação e o aparecimento de múltiplas portas de entrada no sistema, comprometendo a acessibilidade dos usuários do SUS e aumentando o sofrimento de pacientes e familiares quando necessitam de assistência. (PAIM, 2011) Esses fatores repercutem sobre a atenção à saúde prestada à população. Ao lado da insuficiência das ações de promoção da saúde e mesmo a da efetividade - processo de descentralização das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, - aponta-se a dificuldade de consolidação da estratégia de saúde da família, principalmente nos grandes centros urbanos, cuja proposta compete com o modelo tradicional de oferta da atenção básica e com a desarticulação das redes assistenciais. Um indicador do grau de insatisfação da população em relação às dificuldades de acesso aos serviços é a crescente “judicialização da saúde”, com aumento vertiginoso de processos judiciais com os quais os cidadãos mais informados tentam garantir a assistência médica e farmacêutica, respaldados no reconhecimento do direito à saúde. Na prestação de serviços predominam combinações tecnológicas centradas na demanda espontânea, de modo que a organização dos processos de trabalho em saúde e o modelo médico hegemônico

estimulam as forças expansionistas do mercado. Propostas racionalizadoras como saúde da família, vigilância da saúde, acolhimento, gestão de riscos, regulação, redes assistenciais, avaliação tecnológica em saúde, protocolos assistenciais, reformas da educação do pessoal de saúde, educação permanente, qualificação de gestores e criação de carreiras para os servidores do SUS ainda não conseguiram superar o modelo médico hegemônico. (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2014) Esses esforços enfrentam obstáculos políticos, tais como alta rotatividade de dirigentes e técnicos, descontinuidade administrativa, baixa responsabilização dos atores e assimetria nas relações de poder, inclusive entre entes federativos (PAIM, 2011), aos quais têm se somado os problemas decorrentes da adoção de propostas alternativas de gestão do sistema (PINTO et al. 2014), objeto de estudos e pesquisas avaliativas no momento atual.

Referências

- BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2008. p. 507-543.
- NORONHA, J. C. et al. O Sistema único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2008. p. 435-472.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PAIM, J. S. SUS: desafios e perspectivas. *Consensus: revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, Brasília, DF, v. 1, p. 33-36, jul./set./ 2011.
- PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. IN: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.
- TEIXEIRA, C. F.; PINTO, I. C. M. Sistemas de Saúde. In: IVO, A. B. L (Coord.). *Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporânea*. São Paulo: Annablume, 2013. p. 469-472.
- TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A L. Modelos de atenção à saúde: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.
- VICTORA, C. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, London, p. 90-102, Maio 2011. Disponível em: < www.thelancet.com >. Acesso em: 28 out. 2015.

Situação

Conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. Essa tomada de posição diante do processo de conhecimento tem como uma das consequências a admissão da pluralidade de “planejamentos”, isto é, o reconhecimento de que todos os atores sociais planejam (mesmo que não escrevam planos), isto é, tomam decisões e estabelecem cursos de ação voltados à consecução dos seus objetivos. A concepção situacional do objeto de conhecimento e intervenção por parte das instituições envolvidas implica a incorporação do “enfoque por problema”, isto é, a identificação e seleção de problemas sociais que podem ser analisados de distintos ângulos, contribuindo para a identificação da contribuição possível de cada instituição envolvida no seu enfrentamento e solução. A base teórico-metodológica dessa concepção reside no “fluxograma situacional”, instrumento de análise de problemas fundamentado na teoria da produção social. O fluxograma situacional permite que se sistematizem as informações disponíveis acerca dos problemas, seja das suas formas de expressão enquanto fatos ou fenômenos que se oferecem à percepção mais ou menos imediata ou enquanto condicionantes e determinantes histórico-estruturais. (MATUS, 1993)

Referências

- MATUS, C. *Política, planificação e governo*. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1993. p. 297-554. (2 Tomos).
- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 152.

Situação de Risco

Diz-se de uma situação onde ocorre a exposição a determinados riscos à saúde, sejam decorrentes de condições ambientais, sociais, econômicas ou comportamentais.

Referência

- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 153.

Situação-Objetivo

A definição dos objetivos é um processo que leva em conta a análise da situação de saúde efetuada, podendo-se considerar que, em linhas gerais, um objetivo é a imagem invertida do problema ou de uma de suas causas ou conseqüências. Nessa perspectiva, os objetivos podem ser de três tipos: a) Objetivos relativos aos resultados que se pretenda alcançar em termos da situação tomada como ponto de partida para processo de planejamento; b) Objetivos relativos aos produtos das ações que serão realizadas para intervir sobre os problemas identificados e priorizados na análise da situação; c) Objetivos relativos às mudanças que se pretenda introduzir no processo de produção dessas ações. A sistematização dos Objetivos definidos é o ponto de partida para a definição das estratégias de ação e, conseqüentemente, para a programação operativa, a execução e o acompanhamento e avaliação das ações. Se a explicação dos problemas foi feita utilizando-se o fluxograma situacional, a sistematização dos Objetivos pode corresponder a uma imagem invertida do fluxograma. Quando se utiliza a técnica de “árvore de problemas”, a sistematização dos objetivos pode ser feita através da construção de uma “árvore de objetivos”. (SÁ; ARTMANN, 1994; VILASBOAS; TEIXEIRA, 1999)

Referências

- SÁ, M. C.; ARTMANN, E. *Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local*. In: MENDES, E. V. et al. *Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário*. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde, 1994. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 13).
- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 152.
- VILASBOAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. *Orientações metodológicas para o planejamento e programação local da vigilância à saúde nas áreas de abrangência do PACS-BA*. Salvador: ISC-UFBA, 1999. (Quarta versão)

Sociedade Civil

Conceito provindo da ciência política, diz respeito às organizações constituídas no espaço extra Estado, incluindo econômicas (empresas), políticas (sindicatos, associações, partidos políticos), culturais (clubes, associações desportivas, literárias), religiosas (igrejas) e outras. Mais recentemente, a tipologia de organizações que vem sendo mais utilizada faz referência ao Estado, ao setor privado e ao chamado “terceiro setor”, constituído de organizações não governamentais que conjugam, não apenas a defesa de interesses políticos de grupos, mas também

a prestação de serviços, ainda que sem se constituir propriamente em uma empresa privada, na medida em que atuam em áreas de interesse público.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 154.

Sociedade de Economia Mista

A sociedade de economia mista é a empresa estatal de cujo capital participam pessoas físicas ou pessoas jurídicas não estatais, constituídas sob a forma de sociedade anônima, ou seja, como modalidade empresarial na qual o capital é dividido em ações e a responsabilidade dos sócios ou acionistas é limitada ao preço de emissão das ações subscritas ou adquiridas. O Decreto-Lei nº 200, art. 5º, III, assim define sociedade de economia mista da entidade dotada de personalidade jurídica de Direito Privado, criada por lei para exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam em sua maioria à União ou entidade da Administração Indireta.

Referências

ANDREWS, C.W; BARIANI, E. (Org.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Ed. Unifesp, 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 3. ed. Campinas, SP : Ed. Unicamp 2002.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 231-244.

SALGADO, V. A. B. *Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas, SP: Saberes Ed., 2012.

Stakeholders

São “pessoas ou organizações implicadas com o que será aprendido em uma avaliação e no que será feito com esse conhecimento”, destacando como principais grupos: aqueles envolvidos com as operações do programa (financiadores, colaboradores, parceiros, administradores, gerentes, staff etc), aqueles que são servidos ou afetados pelo programa (clientes, familiares, organizações vizinhas, instituições acadêmicas, eleitores oficiais, grupos de interesse, associações profissionais, céticos, oponentes, e staff ou organizações concorrentes) e principais usuários da avaliação (pessoas que estão em posição de fazer ou decidir alguma coisa em relação ao programa). Ver Avaliação em saúde.

Referência

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005.

Tecnologias em Saúde (1)

A noção de “tecnologia de saúde” inclui desde equipamentos incorporados ao processo de produção de serviços a procedimentos, normas e rotinas que regem a prática dos profissionais e trabalhadores de saúde no âmbito gerencial ou operativo do sistema. (TEIXEIRA, 2010) No campo da saúde, observa-se uma redução usual da tecnologia a equipamentos, e mais, a equipamentos médicos. No entanto, a tecnologia deve ser compreendida como conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008) Ver Tecnologias em Saúde (2)

Referências

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 154.

SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 382-392.

Tecnologias em Saúde (2)

O sentido contemporâneo de tecnologia diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir estas duas dimensões. Além disso, dado o grande desenvolvimento do saber técnico-científico dos dias atuais, este componente saber da tecnologia ganha qualidades de estatuto social adicionais.

Ao buscar precisar melhor essas condições, para explorá-las no trabalho em saúde, os estudos de Lilia B. Schraiber referem-se à tecnologia como saber que, se já tem a grande qualidade de propiciar atos técnicos (transformações das coisas por sua intervenção manual), é construído, valorizado e visto, sobretudo pelo que possui de conhecimento complexo: um conhecimento do tipo teoria. Diremos: uma teoria sobre práticas ou modos de praticar [...]”. (SCHRAIBER et al., 1999)

Alguns autores chamam este saber de teoria científica das técnicas ou tecnologia – a ciência das técnicas (GAMA, 1986; LENK, 1990); outros, simplesmente ciência, sem diferenciar as ciências tecnológicas das ciências básicas, em razão da grande aproximação histórica entre ciência e técnica. (GRANGER, 1994) Técnica (*techné*), dirá Ricardo L. Novaes (1996), é “o termo grego para designar uma ordem de produção que pressupõe um engendramento, uma criação de modos de fazer, engenho e arte”. Trata-se, assim, de um saber-fazer que é simultaneamente um fazer e um saber. Embora juntos na técnica, essas esferas foram alvo de valorização e desenvolvimento desigual ao longo da história, conferindo à própria técnica ora um sentido maior de saber, ora de produzir algo, sem nunca deixar de ser uma ação manual do homem. No primeiro sentido, técnica é tomada na qualidade de “engenho humano: faculdade da arte, de criação daquilo que ela própria (a Natureza) não engendra, não importando os motivos pelos quais não o faz”. (NOVAES, 1996, p. 25) O saber, neste caso, está diretamente ligado à própria

obra a ser criada (saber poiético). Atualizando-se na modernidade como saber do tipo científico, essa mudança irá conferir à técnica o sentido de uma intervenção manual cujo fundamento passa de um saber mais imediato e prático para, principalmente, um saber progressivamente complexo e produzido para o mundo prático, mas não imediatamente neste mundo prático: a ciência moderna e seu modo de produzir conhecimentos com o estatuto de verdade. Em um segundo sentido, quando se toma a técnica da perspectiva de um fazer, é valorizada por produzir produtos, um ofício, um fazer que é gasto de energia do homem. É dele que deriva o produto ou uma obra exterior ao agente, ainda que intelectualmente maquinada. (NOVAES, 1996, p. 26) A partir dos séculos XV e XVI, com a valorização do trabalho (ato de produzir produtos) e, enquanto parte do desenvolvimento histórico do capitalismo, ocorrem mudanças das relações entre a filosofia e a ciência, o trabalho manual e o intelectual, a teoria e a técnica, culminando com o abandono da concepção de ciência como verdade desinteressada em prol de sua aceção de conhecimento que nasce para o atendimento das coisas necessárias à vida (ROSSI, 1989), resultando, no século XIX, na enorme importância do trabalho para a conformação da vida econômica e social. Essa rearticulação ciência-técnica corresponde ao movimento que redispõe socialmente os artistas, os experimentadores e engenheiros, os médicos, em especial os cirurgiões-barbeiros, os artesãos e os trabalhadores manuais, camponeses e posteriormente fabris, estabelecendo novas configurações e hierarquias entre as artes mecânicas e as liberais. Ao mesmo tempo, os saberes técnicos são apropriados como conhecimento erudito até que a ciência moderna, já nos séculos XVIII e XIX, separa e rejeita o saber prático, restando o trabalhador manual da grande indústria, por exemplo, como um agente de trabalho sem saber (útil). (SCHRAIBER *et al*, 1999) De tal modo este caráter técnico ficou associado à ciência (na noção científico-tecnológica), porquanto mais valorizamos a ciência quanto mais represente uma aplicação, uma razão tecnológica regendo a produção desconhecimento. (AYRES, 1995) Neste processo, sobretudo a partir do grande desenvolvimento dos equipamentos na segunda metade do século XX, a própria técnica revestiu-se de ciência (conhecimento complexo), tendencialmente expulsando saberes de outro tipo. (HABERMAS, 1994) Esta associação atual da técnica com a ciência evita valorizarmos saberes práticos, ou artes (técnicas) diversas da técnica científica moderna. No campo da saúde, todo este movimento de reorientação e nova qualificação da técnica dirá respeito à emergência do trabalho médico moderno, e corresponde, na esfera do trabalho manual em sua conexão com a técnica, à transformação dos ofícios-ofícios das artes de curar. Surge a “terapêutica clínica” que reúne diagnose com intervenção manual, quando a medicina da modernidade, como nos aponta Roberto Passos Nogueira (1977), forja o médico clínico, seja este o da clínica médica ou da clínica cirúrgica, ao integrar cirurgiões-barbeiros com os físicos (os praticantes da medicina interna), unificando, respectivamente, artesãos de um ofício com médicos da erudição e da diagnose. Esse movimento também é o do saber médico, quando a medicina das espécies patológicas passa a ser a clínica anatomopatológica (FOUCAULT, 1977), um conhecimento sobre o corpo voltado à sua (útil) reparação. Os médicos clínicos passam a ser também agentes de uma técnica e a usarem, além da erudição e do raciocínio para o diagnóstico, suas mãos. Esse movimento tecnificador dá aos médicos novos sentidos para o uso de equipamentos: alguns, oriundos das precedentes artes de cura, gregas ou medievais, são reaproveitados; outros, novos, são criados ainda no século XIX. Mas também na medicina, dentro do movimento histórico mais global, será na segunda metade do século XX que se verifica a grande criação e incorporação de equipamentos e medicamentos.

Constitui-se, então, a tecnologia em saúde, que é, sobretudo, tecnologia de curar. De sua origem na modernidade a seu estabelecimento como conceito já nos anos 1970-1980 do último século, a tecnologia em saúde é confundida com a própria tecnologia da medicina, e, num claro movimento de sobrevalorização da possibilidade de intervir, ou da criação desta possibilidade, até mais que a própria utilidade da técnica e seu produto, significou para muitos uma espécie de bem em si mesmo, corporificado na existência de equipamentos e de medicamentos. Os primeiros, principalmente, passam a ser o grande referente da noção de tecnologia. Será somente quase ao final daquele século que se busca definir saúde em sua positividade, a fim de conhecer os procedimentos de sua promoção, de forma separada, ainda que complementar e interdependente, dos procedimentos da medicina.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- GAMA, R. *A Tecnologia e o trabalho na história*. São Paulo: Nobel: Edusp, 1986.
- GRANGER, G. G. *A Ciência e as ciências*. São Paulo: Unesp, 1994.
- HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- LENK, H. *Razão Pragmática: a filosofia entre a ciência e a práxis*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
- NOGUEIRA, R. P. *Medicina Interna e Cirurgia: a formação social da prática médica*. 1977. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.
- NOVAES, R. L. Sobre a técnica. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 24-49, 1996.
- SCHRAIBER, L. B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

Tecnologias em Saúde (3): desenvolvimento histórico do conceito

A partir da década de 1980 do século XX, desenvolvem-se abordagens que enunciam dois segmentos da tecnologia em saúde: os conceitos de “tecnologias de produto” (equipamentos, medicamentos) e tecnologias de processo (procedimentos). Estas abordagens constituem respostas à indiferenciação com que vinham sendo tratados esses componentes da tecnologia, mascarando a origem sócio-histórica das tecnologias de produto, que, conforme Novaes (2006) articulam-se de formas específicas em contextos históricos particulares, construindo processos complexos e ramificados em todas as etapas de sua criação e uso: pesquisa, desenvolvimento, inovação e incorporação e utilização nos serviços de saúde. Autores como Bruno Latour (2000) rejeitam o que consideram uma abordagem reducionista no estudo das tecnologias que desconecta as contingências sociais da operacionalização técnica. No Brasil, os estudos de Maria Cecília F. Donnangelo (1975; DONNANGELO; PEREIRA, 1976), dedicados à análise da medicina como prática técnica e social abrem as oportunidades para a construção de um quadro teórico, que não só examinará o proceder das intervenções nas práticas de saúde como perseguirá nelas a historicidade e a socialidade dessas práticas, emergindo uma teoria do trabalho em saúde. (MENDES GONÇALVES, 1994) Voltada para o processo de trabalho, primeiro em medicina e posteriormente em saúde pública, nesta, o conceito de tecnologia em saúde ganhará novo estatuto. Apontará Mendes Gonçalves, em sua tese de doutorado de 1986 e publicada em livro, em 1994, a necessidade referente às práticas de saúde tomadas como

trabalho social de aprofundar o conhecimento das “características internas” (intratécnica) dessas práticas, consubstanciadas com suas características externas (o contexto sócio-histórico de sua produção). A tecnologia passa a ser entendida como o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social. (MENDES GONÇALVES, 1994, p. 32) Assim, da perspectiva da historicidade, este olhar, de referência marxista, contrapõe-se à tradição de conceber a medicina como prática tão antiga quanto a própria humanidade em seus propósitos e renovada, não pelos diferentes contextos sociais, mas tão-somente pela evolução dos conhecimentos e técnicas, consubstanciadas essencialmente nos equipamentos. Já da perspectiva da socialidade, a teoria do trabalho em saúde rompe com a visão de que o modo de operar a prática e as relações correspondentes entre os indivíduos envolvidos seria situação derivada das tecnologias materiais. Ao contrário, o modo de vida em sociedade está inscrito no modo de ser das práticas em saúde, produzindo uma configuração geral de tais práticas, a qual é recriada em arranjos particulares nas especificidades das técnicas. Este “lado interno” são os processos de trabalho, arranjos da técnica em medicina na organização social da produção dos serviços de saúde e que dão conta das múltiplas determinações de seu trabalho como também social. Este “interno” são recriações, e não tão somente reflexos de seu exterior (as políticas de saúde, os mercados de trabalho, a economia política do complexo médico-industrial, as ideologias ocupacionais, corporativas e as culturas profissionais, os movimentos sociais de reivindicação de direitos, de acesso e de consumo etc). Tais recriações estão condensadas no saber que orienta modos de produzir, técnica e socialmente, os cuidados. Este saber é definido como saber tecnológico ou saber operante do trabalho médico. “Tecnologia em saúde” aparece, então, desdobrada em duas novas concepções: o saber que preside o modo de produzir os cuidados em saúde “saber tecnológico” em saúde e o arranjo dos elementos técnicos plasmado em um modo de produzir os modelos tecnológicos de organização do trabalho ou, simplesmente, “modelos tecnológicos do trabalho” em saúde. Dessa formulação, deriva, em estudos voltados para a política de saúde, a noção de modelos tecno-assistenciais, ou, mais usual, modelos assistenciais em saúde. Encontra-se também na produção de Mendes Gonçalves a identificação de dois específicos saberes tecnológicos em saúde da modernidade. Trata-se da epidemiologia, saber tecnológico do trabalho de saúde pública, e da clínica, saber tecnológico do trabalho de assistência médica. De origem comum, são esses saberes recriações técnicas específicas de aproximação das necessidades de saúde (adoecimentos), na vertente populacional ou coletiva, o primeiro, e na vertente individual, o segundo. (MENDES GONÇALVES, 1994) Detalhando, no mesmo estudo de investigação histórica do trabalho em saúde pública em São Paulo, os modos de produzir intervenções correspondentes a diferentes contextos sócio históricos, o autor identifica o controle do meio e das populações com a polícia sanitária e o campanhismo, como o primeiro “modelo tecnológico” da saúde pública paulista, presidida pelo “saber tecnológico” da epidemiologia de base bacteriológica, nos anos 1890-1920. Um segundo modelo tecnológico se fará presente pelo privilegiamento do controle de doentes pelos dispensários e centros de saúde, tendo a educação sanitária como seu saber tecnológico maior, no período 1920-1960. Após 1960, o controle integrado do meio e dos doentes pela territorialização dos centros de saúde terá, na programação em saúde, uma tentativa de “saber tecnológico” da integração médico-sanitária, ao se introduzir a assistência médica como parte das atribuições das instituições de saúde pública. (SCHRAIBER, 1990) No

estudo que explora o trabalho de assistência médica, publicado em 1993, Schraiber aponta as transformações históricas da tecnologia médica, ao passar a medicina, de um arranjo tecnológico do tipo artesanal, correspondente ao modelo tecnológico do pequeno produtor de consultório privado do período liberal de exercício da profissão, para um modelo de medicina tecnológica, em arranjos de base progressivamente tecnicistas, com o empresariamento da assistência médica após os anos 1960, no Brasil. Explorando, em estudo posterior, mais de perto a clínica como saber tecnológico (SCHRAIBER, 1977), a autora demonstra sua passagem de um saber reflexivo e pouco aparelhado para um uso mais mecânico e repetitivo do conhecimento científico. Nesse sentido, passagem da clínica engenho e arte para o algoritmo clínico dos protocolos contemporâneos. Apontando que a clínica mantém-se, não obstante a maior valorização do científico, como um duplo técnico, isto é, saber operante que combina, nos contextos de trabalho, o uso do conhecimento científico com aquele de ordem prática. A autora encontra na medicina contemporânea tanto a mecanização e a rotinização da ação profissional, a que designa por técnica tecnológica, quanto a criação e a inovação, que seria a técnica-arte. Outra terminologia classificatória para tratar essas características de rotinização versus criação, que remete também à distinção entre recursos materiais e saberes, encontra-se nos estudos de Emerson Elias Merhy (1997, 2002), ao propor: “as tecnologias leves”, que associa a relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; as tecnologias leveduras, que seriam os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o *taylorismo* e o *fayolismo*; e as tecnologias duras, quais sejam, as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais.

Referências

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1994.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, HUITEC, 1997.

MERHRY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

NOVAES, R. L. Sobre a técnica. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 24-49, 1996

SCHRAIBER, L. B. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos dilemas, outros desafios*, 1997. Tese (Livro- Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977.

SCHRAIBER, L. B.(Org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

Tecnologias em Saúde (4): emprego do conceito na atualidade

Diversos são os desdobramentos dessas elaborações primeiras acerca da tecnologia em saúde no Brasil. De tal modo, porém, elas próprias e as produções que se tomam como seus desdobramentos são contemporâneos, que a partição entre o que é emprego atual e o que foi desenvolvimento histórico dessa tecnologia em saúde fica algo artificial. Contudo, tomou-se aqui a inflexão que se dá a partir da conceituação de tecnologia, que passa a incluir os saberes e as possibilidades que daí emergem de criação do novo: as inovações tecnológicas em saúde, seja nas práticas da assistência médica, ou nas da saúde pública. Uma primeira dessas inovações surge exatamente na e para a articulação entre essas práticas: são as diversas elaborações em torno da noção de integralidade, com as consequentes tecnologias de integração das práticas

de saúde. Cabe aqui uma observação, no sentido de que se toda inovação tecnológica tem por base um pensamento crítico acerca das práticas de saúde, nem todo pensamento crítico que se tece acerca dessas práticas configura-se como tecnologias ou resulta nelas. Assim, muito da reflexão acerca da integralidade dos cuidados ou dos próprios sentidos do cuidar em saúde pertence à esfera da filosofia ou da teoria crítica nas ciências humanas e sociais. Para ganhar sentido tecnológico, as proposições devem configurar concreta e materialmente arranjos de trabalho. Algumas o fazem, voltando-se, em particular, para a atenção primária em saúde, cuja necessidade de inovação está em sua inserção em uma dada forma de organização social da produção dos serviços (e de sua distribuição): o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, modelo tecnológico de grandes exigências de integralidade. (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2005) Nesse empreendimento, surgem as noções de “tecnologias simplificadas” e “tecnologias próprias”. A primeira noção corresponde à identificação da atenção primária como arranjo tecnológico convencional apenas desprovido de tecnologia material relevante, daí ser simplificado. Já as tecnologias próprias buscam denotar o específico dessa atenção, apontando o caráter complexo do “saber tecnológico da integração das ações” (SCHRAIBER et al., 1999) e operando uma distinção entre a complexidade da tecnologia material e aquela assistencial, na produção dos cuidados. Há, ainda, as inovações correlatas ao trabalho gerencial, com seus saberes tecnológicos: o planejamento, a organização e administração, a avaliação dos serviços de saúde. São proposições tecnológicas buscadas na tríade planejamento-produção de informação-avaliação e que podem ser mais voltadas à organização da produção dos trabalhos ou mais voltadas às interações entre sujeitos ali presentes. Nesta última direção, destaca-se o estudo de Ricardo Rodrigues Teixeira com a proposição das redes de conversações, tecnologia em que o autor insere o acolhimento como esfera interativa e comunicacional do trabalho em saúde. (TEIXEIRA, 2003)

Referências

- AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o medico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Ed. Pioneiras, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- LENK, H. *Razão Pragmática: a filosofia entre a ciência e a práxis*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
- MENDES GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992. (Cadernos Cefor, n. 1).
- MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1994.
- NOVAES, R. L. Sobre a técnica. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 24-49, 1996
- ROSSI, P. *Os filósofos e as máquinas 1440- 1700*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.
- NOGUEIRA, R. P. *Medicina Interna e Cirurgia: a formação social da prática médica*. 1977. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2003.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

SCHRAIBER, L. B.(Org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHRAIBER, L. B. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos dilemas, outros desafios. 1997. Tese (Livre- Docência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1977.

SCHRAIBER, L. B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHRAIBER, L. B; MOTA, A; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J.C.F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 382-392. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>>. Acesso em: 5 de ago. 2016.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Abrasco, 2003.

Território

O termo território origina-se do latim *territorium*, que deriva de terra e que nos tratados de agrimensura aparece com o significado de “pedaço de terra apropriada”. Segundo a revisão efetuada por Gondim e Monkem (2009), o território configura-se no espaço, a partir de uma ação conduzida por um ator sintagmático - aquele que realiza um programa, em qualquer nível da realidade. Ao se apropriar de um espaço, de forma concreta ou abstrata, “[...] o ator “territorializa” o “espaço”. (RAFFESTIN, 1993, p.143) Significa que o território materializa as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos ou os grupos sociais estão submetidos num determinado tempo histórico, tornando-se intimamente correlacionado ao contexto e ao modo de produção vigentes. Esse aspecto processual de formação do território constituía “**territorialização**”. (GIL, 2004) O processo de **territorialização** pode ser entendido como um movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais. Dessa forma, caracteriza-se como um dos produtos socioespaciais das contradições sociais sob a tríade economia, política e cultura (EPC), que determina as diferentes territorialidades no tempo e no espaço - as desterritorialidades e as reterritorialidades. Por isso, a perda ou a constituição dos territórios nasce no interior da própria **territorialização** e do próprio território. Ou seja, os territórios encontram-se em permanente movimento de construção, desconstrução e reconstrução. (SAQUET, 2003)

A constituição dos territórios na contemporaneidade se expressa segundo Santos (1996), com base em dois movimentos: das horizontalidades e das verticalidades. As horizontalidades são os domínios de contigüidades, constituídos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, resultado de uma interdependência hierárquica dos territórios, conseqüente do processo de **globalização** econômica. As intensas mudanças econômicas e políticas, decorrentes das verticalidades - mundialização do capital e o modelo neoliberal de organização do Estado - trouxeram impactos negativos sem precedentes na organização dos territórios, nas estruturas produtivas e sociais dos países em desenvolvimento, desenhando um cenário de profundas desigualdades sociais, com a exclusão de parcela significativa da população ao direito à vida e à cidade. (TAVARES; FIORI, 1993; ANTUNES; ALVES, 2004)

Referências

- ANTUNES, R.; ALVES, G. As Mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, mai./ago. 2004.
- GIL, I. C. Territorialidade e desenvolvimento contemporâneo. *Revista Nera*, São Paulo, ano 7, n. 4, jan./jul. 2004.
- GONDIM, G. M. M; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.p. 233-235. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em:19 jun. 2016.
- RAFFESTIN, C. *Por uma geografia do poder*. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.
- SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SAQUET, M. A. *Os tempos e os territórios da colonização italiana*. Porto Alegre: EST Ed., 2003.
- TAVARES, M. C.; FIORE, J. L. *(Des) a juste global e modernização conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

Territorialização em Saúde (1)

No setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades, que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão, como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988. Não obstante os avanços na saúde nos últimos 20 anos, alicerçados em bases teóricas sólidas da Reforma Sanitária, o setor padece de problemas organizacionais, gerenciais e operacionais, demandando uma nova reorganização de seu processo de trabalho e de suas estruturas gerenciais nas três esferas de **gestão** do sistema, de modo a enfrentar as desigualdades e iniquidades sociais em saúde, delineadas pela tríade econômico-política **globalização**, mundialização e **neoliberalismo**. No cenário da crise de legitimidade do Estado, o ponto de partida para a reorganização do sistema local de saúde brasileiro foi redesenhar suas bases territoriais para assegurar a **universalidade** do acesso, a **integralidade** do cuidado e a equidade da atenção. Nesse contexto, a **territorialização em saúde** se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações local-regional, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde. (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBOAS, 1998) Para alguns autores, a **territorialização** nada mais é do que um processo de “habitar um território”. (KASTRUP, 2001, p. 215) O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais - mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade. (CECCIM, 2005b) Essa abordagem remete, fundamentalmente, à importância da **territorialização** para os processos formativos em saúde com foco na aprendizagem significativa e nos contextos de vida do cotidiano. Entende-se, portanto, que o território da saúde não é só físico ou geográfico: é o **trabalho** ou a localidade. “O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho”. (CECCIM, 2005a, p. 983) Os territórios estruturam *habitus*, e

não são simples e nem dependem de um simples ato de vontade sua transformação que inclui a luta pelo amplo direito à saúde. A tarefa de confrontar a força de captura das racionalidades médico-hegemônica e gerencial hegemônica requer impor a necessidade de singularização da atenção e do cuidado e a convocação permanentemente dos limites dos territórios. (ROVERE, 2005) Encontra-se em jogo um processo de **territorialização**: construção da **integralidade**; da **humanização** e da qualidade na atenção e na **gestão em saúde**; um sistema e serviços capazes de acolher o outro; responsabilidade para com os impactos das práticas adotadas; efetividade dos projetos terapêuticos e afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos sujeitos (usuários, população e profissionais de saúde) para levar a vida com saúde. Essa **territorialização** não se limita à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do **trabalho em saúde**, mas se amplia à reorientação de saberes e práticas no campo da saúde, que envolve desterritorializar os atuais saberes hegemônicos e práticas vigentes. (CECCIM, 2005a) A **territorialização** pode expressar também pactuação no que tange à delimitação de unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar as funções relacionadas ao conjunto da **atenção à saúde**. Envolve a organização e **gestão** do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais. Como processo de delineamento de arranjos espaciais, da interação de atores, organizações e recursos, resulta de um movimento que estabelece as linhas e os vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local. Essas diferentes configurações espaciais podem dar origem a diferentes padrões de interdependência entre lugares, atores, instituições, processos e fluxos, preconizados no Pacto de Gestão do SUS. (FLEURY; OUVÉNEY, 2007)

Referências

- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005a.
- CECCIM R. B. Debate (Réplica). *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set / fev. 2005b.
- FLEURY, S. M.; OUVÉNEY, A. M. *Gestão em redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204p.
- GONDIM, G.M M; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 233-235. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em:
- KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicol. Estud.*, v. 6, n. 1, p. 17-25, 2001.
- ROVERE, M. Comentários estimulados por lalecturadel artículo “educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário”. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 169-171, 2005.
- TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*, Brasília, DF, v. 7, p. 7-28, 1998.

Territorialização em Saúde (2)

A saúde pública recorre a **territorialização** de informações como ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e demarcação de áreas de atuação. Segundo Gondim e Monkem (2009) essa forma restrita de **territorialização** é vista com algumas restrições, principalmente entre os geógrafos, os quais alegam ser um equívoco falar em **territorialização** da saúde, pois seria uma tautologia já que o território usado é algo que se impõe a tudo e

a todos, e que todas as coisas estão necessariamente territorializadas. Para os autores citados essa crítica enriquece o debate teórico e revela os usos limitados da metodologia, constituindo-se apenas como análise de informações geradas pelo setor saúde e simples espacialização e distribuição de doenças, doentes e serviços circunscritos à atuação do Estado. (SOUZA, 2004) Uma proposta transformadora de saberes e práticas locais concebe a **territorialização** de forma ampla – um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), viabilizando o “território como uma categoria de análise social” (SOUZA, 2004, p. 70); um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde. Nessa perspectiva, a **territorialização** se articula fortemente com o planejamento estratégico situacional (PES), e juntos, se constituem como suporte teórico e prático da **Vigilância em Saúde**. O PES, proposto por Matus (1993), coloca-se no campo da saúde como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Contempla a formulação de políticas, o pensar e agir estratégicos e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde. Tem por base a teoria da produção social, na qual a realidade é indivisível, e tudo o que existe em sociedade é produzido pelo homem. A análise social do território deve contribuir para construir identidades; revelar subjetividades; coletar informações; identificar problemas, necessidades e positivities dos lugares; tomar decisão e definir estratégias de ação nas múltiplas dimensões do processo de saúde-doença-cuidado. Os diagnósticos de condições de vida e situação de saúde devem relacionar-se tecnicamente ao trinômio estratégico “informação-decisão-ação”. (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998) A proposta da **territorialização**, com toda crítica que ainda perdura nos campos da saúde coletiva e da geografia por sua apropriação tecnicista e prática objetivante, coloca-se como estratégia central para consolidação do SUS, seja para a reorganização do **processo de trabalho em saúde**, seja para a reconfiguração do Modelo de Atenção. Como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde.

Referências

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 233-235. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em:

MATUS C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993. (2 Tomos).

SOUZA, M. A. Uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: IPES Editorial, 2004. p. 57-77. v. 2.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*, Brasília, DF, v. 7, p. 7-28, 1998.

Tomadores de Decisões em Saúde

Tradução livre do termo *policymakers*, refere-se a atores sociais que participam do processo decisório em uma determinada arena, como é o caso da Saúde, e, especificamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se pode incluir como tomadores de decisão, além dos gestores federal, estadual e municipal, os representantes de diversas organizações de profissionais e trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e representantes dos usuários.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 154.

Trabalho

O trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em objetos úteis à manutenção e reprodução da sua vida, processo no qual transformam a si próprios. Todo trabalho produz algo que tem utilidade – valor de uso, e pode ser trocado por outros produtos – valor de troca. A revisão desse conceito efetuada por Peduzzi e Schraiber (2009), aponta que no processo de produção da sociedade capitalista, o valor de uso e o valor de troca são radicalmente distintos. O valor de uso é produzido no trabalho concretamente realizado (trabalho concreto), o qual dá o sentido qualitativo do produto. O valor de troca corresponde ao valor que o produto adquire como mercadoria colocada em mercado, o que só se revela quando se contrapõem mercadorias de valores de usos diversos, pois o valor de troca não é algo inerente à mercadoria. O valor de troca faz aflorar a dimensão de trabalho abstrato, na qual o produto do trabalho perde sentido (utilidade) e assume um significado quantitativo. É nessa dimensão que o agente de trabalho se torna alienado do sentido desse trabalho, do produto dele e de si próprio como agente dessa produção. O trabalho é, portanto, uma transformação não só de objetos, mas do próprio trabalhador, e, nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação. (ANTUNES, 1995, 1999, 2005) Ver Processo de trabalho em saúde.

Referências

ANTUNES, R. Adeus ao Trabalho? Ensaios sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. Campinas, SP: Cortez Ed. 1995.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

ANTUNES, R. *O Caracol e sua Concha: ensaios sobre a morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde, In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl.. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

Trabalhadores de Saúde

Termo genérico que se refere a toda e qualquer pessoa que exerce atividade remunerada na área de saúde seja como profissional autônomo seja como trabalhador assalariado ao sistema

público ou privado. A expressão “trabalhadores do SUS”, portanto, refere-se ao conjunto dos profissionais, técnicos e auxiliares que trabalham em instituições e unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 154-5.

Triângulo de Governo

Conceito central da contribuição teórica de Carlos Matus. Para ele, (1993, p. 73) governar é “algo muito complexo que não pode reduzir-se inteiramente a uma teoria. É uma arte, porém não é pura arte. Para governar se requer cada vez mais certo domínio teórico sobre os sistemas sociais”. Para o autor governar exige articular constantemente três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema, cuja articulação compõe o triângulo de governo. O projeto de governo se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação, sendo esse produto não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa como também da sua capacidade de governo. A capacidade de governo diz respeito à capacidade técnica, ao manejo de métodos, as habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo. Quanto à governabilidade do sistema, esta se refere às variáveis que são controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema. (MATUS, 1993)

Referências

MATUS, C. *Política, planificação e governo*. 2. ed. Brasília, IPEA, 1993. p. 297 - 554 . (2 Tomos).

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 155.

Triangulação dos dados

Triangulação de dados é a coleta de informações de várias fontes, tendo em vista a corroboração de um mesmo fato ou fenômeno. Quando o investigador dispõe de várias fontes de evidências e analisa cada fonte separadamente, não executou a triangulação. Na triangulação, os eventos ou fatos do estudo são apoiados por mais de uma fonte de dados. A triangulação permite abordar a questão da validade do construto, pois as diversas fontes de evidências fornecem várias avaliações do mesmo fenômeno.

Referência

YIN, R. K. *Estudos de caso*. Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Trilogia Matusiana

Conjunto de propostas metodológicas para a execução de processos de planejamento que tomem como referencial o enfoque estratégico-situacional proposta por Carlos Matus. Inclui o

Planejamento Estratégico-Situacional (PES), o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e o Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOO). (SÁ; ARTMANN, 1994)

Referências

SÁ, M. C.; ARTMANN, E. Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. Brasília, DF: OPAS: OMS, 1994. p. 19-44. (Serie Desenvolvimento de serviços de saúde, n. 13)

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA. 2010. p. 154-5.

Unidade de Saúde da Família

Unidade pública de saúde que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada. Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes do Programa Saúde da Família (PSF), dependendo da concentração de famílias no território de abrangência.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

Universalidade

Um dos princípios finalísticos do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade pode ser entendida como um ideal a ser alcançado, qual seja, o de que todos os cidadãos brasileiros possam usufruir do seu direito à saúde, aí incluído o acesso às ações e serviços necessários para sua promoção, proteção e recuperação.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 156.

Uso Racional de Medicamentos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1985) definiu que o uso racional de medicamentos ocorre quando o indivíduo recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologias corretas, por um período de tempo adequado e com o menor custo para si e para a comunidade. O uso racional é uma responsabilidade do Estado por meio de órgãos específicos e da adoção de políticas e estratégias que assegurem essa prática; é responsabilidade também de toda a sociedade, ou seja, do setor produtivo, dos serviços de saúde, dos profissionais que prescrevem medicamentos e dos possíveis usuários.

Referência

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Conferencia de expertos sobre uso racional de los medicamentos*. Nairobi, Kenia: OMS, 1985.

Usuário do Sistema de Informação

Profissional ou trabalhador de saúde, usuário ou gestor que acesse os bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), em qualquer nível, em busca de informação necessária ao seu trabalho cotidiano ou meramente por manter-se atualizado com relação aos problemas de saúde e/ou às políticas, programas e ações desenvolvidas no SUS.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 155.

Usuário do SUS

Todo e qualquer cidadão que procure os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em qualquer nível de complexidade.

Referência

TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 156.

Vigilância em/da Saúde

Em uma acepção mais restrita, a Vigilância da Saúde pode ser entendida como sinônimo de Análise da Situação de Saúde. No Brasil, o debate em torno da noção de Vigilância da/em Saúde tem gerado duas concepções. Uma mais restrita, que entende a vigilância em saúde como o conjunto composto pelas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, incluindo, em algumas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), a vigilância à saúde do trabalhador e as práticas de vigilância nutricional e outra mais ampliada, que entende a Vigilância da Saúde como uma proposta de reorganização das práticas de saúde. Essa última considera, por um lado, a busca de integralidade do cuidado à saúde e por outro, a necessidade de adequar as ações e serviços à situação concreta da população de cada área territorial definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias, seja um distrito sanitário, um município ou uma microrregião de saúde. (COSTA, 2008; TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998)

Referências

- COSTA, E. A. (Org.). *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- TEIXEIRA, C. F. PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da saúde: Informe epidemiológico do SUS. , Brasília, DF: CENEPI: MS, 1998. p. 7-28. v. 7, n. 2.
- TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 156.

Vigilância Sanitária

A Lei nº 8.080/90, no artigo 6º, define vigilância sanitária nos seguintes termos: § 1º. Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. Numa concepção ampla este enunciado denota que, além das ações de natureza restritiva para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, vigilância sanitária também abrange intervenções do Estado para garantir o atendimento de necessidades de saúde ou a resolução de problemas sanitários que impactam na saúde. A definição delinea um escopo de proteção da saúde individual e coletiva como um direito de segurança sanitária, como função do Estado para assegurar qualidade, eficácia e segurança de bens e se reporta à função regulatória deste componente do sistema público de saúde, que é situado em um marco referencial da esfera produtiva de bens socialmente definidos de interesse da saúde. (COSTA, 2004).

Referência

- COSTA, E. A. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2. ed. aum. São Paulo: Sobravime, 2004.

Amana Santana (Eixo 6: Trabalho e Educação na Saúde)

Ana Claudia Alves Santos Sousa (Eixo 1: Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016)

Ana Luíza Queiroz Vilasbôas (Eixo 5: Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde)

Ana Maria Costa (Eixo 2: Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde)

André Teixeira Jacobina (Eixo 1: Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período 2007-2016)

Carmen Fontes Teixeira (Eixo 1: Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016)

Catharina Leite Matos Soares (Eixo 1: Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016 e Eixo 6: Trabalho e Educação na Saúde)

Cristiane Abdon (Eixo 5: Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde)

Daniel Assis (Eixo 2: Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde)

Daniele Souza (Eixo 6: Trabalho e Educação na Saúde)

Ediná Alves Costa (Eixo 8: Políticas de Medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária).

Erick Soares Lisboa (Eixo 3: Acompanhamento das Decisões Judiciais Relativas à Saúde)

Erika Aragão (Eixo 4: Estudos e Pesquisas em Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde)

Erik Asley Ferreira Abade (Eixo 3: Acompanhamento das Decisões Judiciais Relativas à Saúde)

Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino (Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Gênero e Saúde - MUSA. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA)

Estela Márcia Saraiva Campos (Eixo 5: Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde)

Fabiana Saddi (Eixo 2: Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde).

Greice Maria de Souza Menezes (Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Gênero e Saúde - MUSA. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA)

Isabela Cardoso de Matos Pinto (Eixo 6: Trabalho e Educação na Saúde e Eixo 11: Modelos de Gestão Hospitalar no SUS)

Jairnilson Silva Paim (Coordenador geral do OAPS)

Jane Mary Guimarães (Eixo 4: Estudos e Pesquisas em Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde)

Josele Farias Santa Barbara (Eixo 3: Acompanhamento das Decisões Judiciais Relativas à Saúde)

Juliana Genonadio (Eixo 4: Estudos e Pesquisas em Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde)

Kleize Souza Araújo de Oliveira (Eixo 3: Acompanhamento das Decisões Judiciais Relativas à Saúde)

Lidiane Gonçalves (Eixo 2: Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde)

Liliana Santos (Eixo 6: Trabalho e Educação na Saúde)

Luis Eugenio Souza (Eixo 3: Acompanhamento das Decisões Judiciais Relativas à Saúde)

Maria Gabriele de Almeida (Eixo 1: Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016)

Maria Guadalupe Medina (Eixo 5: Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde)

Natalia Vieira (Eixo 2: Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde)

Níliá Prado (Eixo 5: Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde)

Paloma Silveira (*Eixo 1: Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016*)

Patrícia Sodré Araújo (*Eixo 8: Políticas de Medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária*)

Raquel Abrantes Pego (*Eixo 2: Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde*)

Silvana Lima Vieira (*Eixo 11: Modelos de Gestão Hospitalar no SUS*)

Silvânia Sales de Oliveira (*Eixo 11: Modelos de Gestão Hospitalar no SUS*)

Tatiane Oliveira Silva Alencar (*Eixo 1: Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016 e Eixo 8: Políticas de Medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária*)

Thadeu Borges Souza Santos (*Eixo 6: Trabalho e Educação na Saúde e Eixo 11: Modelos de Gestão Hospitalar no SUS*)