

# GLOSSÁRIO: TERMOS E EXPRESSÕES MAIS COMUNS EM POLÍTICA, PLANEJAMENTO, GESTÃO E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE<sup>44</sup>

Carmen Fontes Teixeira

**Ação intersetorial:** 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.

**Ações legais 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.

**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 SUS, o acesso aos serviços é universal, garantido por lei, e o 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.

---

<sup>44</sup> Extraído dos Glossários de Termos elaborados como apoio conceitual e metodológico da Avaliação e Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, realizada pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Ver: BRASIL. A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais, Brasília: CONASS/OPS, 2007, p. 225-262.

**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.

**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. A elaboração da Agenda de Saúde corresponde, atualmente, à primeira etapa do processo de planejamento da gestão do SUS, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. A Agenda de Saúde “estabelece, justifica e detalha as prioridades e estratégias de política de saúde em cada esfera de governo e para cada exercício” (MS, 2001).

**Agenda de saúde:** instrumento de gestão do 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.

**Aliança:** 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.

**Alianças intersetoriais:** 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.

**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.

**Análise das proposições:** 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 I-O 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).

**Análise de viabilidade (1):** 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 CPPS esquematiza alguns dos possíveis passos para uma **análise de viabilidade de uma política de saúde**: 1) Identificação dos elementos que na 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 a 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, 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 (MATUS, 1993).

**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 utilizam 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 disfarçados, 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).

**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 o processo de planejamento. Nesse sentido, uma das técnicas para análise de viabilidade, bastante difundida no contexto latino-americano, é o DOFA (ou FOFA<sup>45</sup>), 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 à sua colaboração e compromisso, quer seja pela superação das deficiências técnicas e operacionais identificadas, através de cursos e outras formas de capacitação de pessoal (OPS, 1994).

**Análise de viabilidade (4):** uma 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 realizar uma análise de viabilidade muito mais detalhada, identificando os obstáculos e as oportunidades de ação em cada momento do processo decisório (MATUS, 1993).

**Árvore de Problemas:** é um diagrama simples cujo objetivo é organizar a explicação do problema identificado durante o processo de análise da situação, 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).

**Assistência de média e alta complexidade:** conjunto de estabelecimentos que compõem a rede assistencial onde se realiza a prestação de serviços de

---

<sup>45</sup>Tradução brasileira da sigla que remete à identificação das Facilidades e Oportunidades, Fragilidades e Ameaças.

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.

**Atenção Primária de Saúde:** 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 Conferência de Alma-Ata, em 1978, contempla a crítica à compreensão que muitos países têm da APS como um “programa”, ou mesmo um “nível de atenção”, chamando a atenção para a possibilidade da **Atenção Primária à Saúde** 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 e 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 70 e, no contexto de construção do 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).

**Atores-chave:** a noção de ator provém das ciências sociais e refere-se 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.

**Atores setoriais:** atores políticos identificados no âmbito do setor saúde, como por exemplo os gestores do sistema, os prestadores de serviços, os

trabalhadores e os usuários do sistema, geralmente representados por suas entidades e organizações específicas.

**Atores extrasetoriais:** 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 a questões de interesse para a saúde.

**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 80 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.

**Avaliação da situação de saúde:** o mesmo que análise da situação de saúde.

**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.

**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, e que sejam 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).

**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.

**Avaliação de determinantes de saúde:** ver análise da situação de saúde.

**Avaliação em saúde:** análise sistemática da pertinência (de uma política com relação às necessidades e problemas de saúde), suficiência em 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) (VIEIRA DA SILVA, 2005).

**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.

**Barreiras de acesso:** refere-se a barreiras geográficas, econômicas, sociais, culturais ou sanitárias que dificultam o acesso dos usuários ao sistema de serviços de saúde.

**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.

**Cenário:** 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. (OPS, 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, reformas de unidades, ampliação de instalações, etc. O desenho de cenários supõe a identificação de duas ou mais variáveis que não estão sob controle do estado, município ou Distrito Sanitário onde está sendo desenvolvido o processo de planejamento, variáveis de cuja evolução dependerão as condições em que a atuação 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 estas hipóteses, por exemplo, evolução positiva, indiferente ou negativa. Pela conjugação das hipóteses estabelecidas para cada variável, chega-se a estabelecer os cenários tendencialmente “favorável”, “desfavorável” e “central”. 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.

**Condições de saúde da população:** diz-se do conjunto de características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias apresentadas por uma determinada população em um determinado momento.

**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 do trabalho, isto é, ao uso de tecnologias e às formas de gerenciamento e remuneração.

**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 SUS, as Conferências de Saúde foram regulamentadas através da Lei 8142, 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.

**Conselhos de Saúde:** instâncias de gestão participativa do SUS instituídas formalmente através da Lei 8142/90, 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 o acompanhamento da execução das políticas de saúde, inclusive do gerenciamento dos Fundos de Saúde, entre outras atribuições e competências.

**Controle social:** ver “Participação e controle social”.

**Controle de qualidade de processos e produtos de saúde:** o conceito de controle da qualidade foi elaborado nos anos 50 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 prestação, comodidade, conforto, aceitabilidade e satisfação com o mesmo.

**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 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.

**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 *health care*.

**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.

**Cultura organizacional:** conjunto de comportamentos, rituais, normas, costumes de uma organização ou entidade. No processo de construção do 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 INAMPS ao MS e às SES, à incorporação da FSESP à FUNASA, e esta ao MS, etc.

**Cultura e práticas saudáveis de saúde:** conjunto de conhecimentos e valores compartilhados por um determinado grupo ou uma população, voltado para a promoção de condições de vida saudáveis, aí incluídas 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

**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 de que os objetivos (políticas) sejam definidos em função dos resultados que se pretende alcançar com relação aos problemas selecionados levando em conta o período de governo.

**Demanda por serviços de saúde:** procura da população por serviços de saúde, em busca de resposta a 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.

**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.

**Desenvolvimento organizacional:** técnica das ciências do comportamento utilizada no âmbito da administração pública ou privada, visando ao 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.

**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).

**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).

**Doenças emergentes:** diz-se de enfermidades que não faziam parte do quadro epidemiológico da população brasileira até há pouco tempo atrás e que, mais recentemente, surgiram e ganharam importância do ponto de vista da saúde pública, a exemplo da Dengue, Cólera, AIDS e outras.

**Doenças de notificação compulsória:** conjunto de doenças transmissíveis que, por lei, são de notificação obrigatória face ao risco de ocorrência de surtos epidêmicos. No Brasil, a relação dessas doenças inclui uma lista de doenças cuja notificação é obrigatória em todo o território nacional, sendo que cada Estado adaptou esta relação à sua própria situação epidemiológica. Segundo a Portaria 993/2000 do MS, as principais doenças de notificação compulsória são: Cólera, Coqueluche, Difteria, Doença de Chagas, Doenças meningocócicas e outras como meningites, febre amarela, Febre tifóide, Hanseníase, Hantavirose, Hepatite B, hepatite C, Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical (de mãe para filho), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Leishmaniose visceral, peste, poliomielite, Paralisia flácida aguda, Raiva humana, Rubéola, Síndrome da rubéola congênita, Sarampo, Sífilis congênita, Tétano e Tuberculose.

**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.

**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, ou guerras ou acidentes com material nocivo à saúde, no sentido de evitar epidemias e garantir a assistência às populações atingidas.

**Enfoque sistêmico:** abordagem a respeito do 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 60 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.

**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.

**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, 2005).

**Estratégia:** de um modo geral, defini-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, 1993), “a estratégia é uma manobra destinada a ganhar liberdade de ação”. Para Testa (1993, 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.

**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.

**Fatores de risco:** conjunto de fatores que podem estar envolvidos na determinação de um problema de saúde ou uma enfermidade específica. Conforme o modelo da História Natural das Doenças (HND), são fatores identificados no período da pré-patogênese, e, de acordo com sua natureza, podem ser Genéticos, Ambientais e Sociais, sendo que estes últimos podem ser subdivididos em socioeconômicos, sociopolíticos, socioculturais e psicossociais.

**Fluxograma situacional:** é uma matriz que organiza as informações obtidas em níveis de determinação, partindo da explicitação dos “descritores” (indicadores, variáveis e dados) que permitem a caracterização do Problema que está sendo analisado, dispondo 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).

**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.

**Fundo Estadual de Saúde:** conta bancária na qual são depositados os recursos provenientes das transferências federais para o 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.

**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 de uma determinada decisão referente à adoção de uma política, programa ou projeto de intervenção. No caso da gestão do SUS, trata-se de por em marcha o processo de negociação, pactuação, enfim, formação de acordos e alianças em torno de uma determinada proposta de ação no âmbito do sistema, como vem ocorrendo, por exemplo, nas Comissões Intergestores, a CIT e a CIBE. Também pode ocorrer esse processo em um espaço institucional, como é o caso de uma SES, quando o gestor promove a formação de consenso

em torno da adoção de uma determinada política ou estratégia, como é o caso, por exemplo, da proposta de reorganização da Atenção Básica, através da implantação do Programa de Saúde da Família.

**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).

**Fóruns de opinião pública:** instâncias presenciais ou virtuais de ausculta à opinião pública com relação a uma determinada política ou ação governamental. No caso da saúde, o processo de institucionalização da Gestão participativa do 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 vêm se desenvolvendo mecanismos de consulta pública, via internet, para ausculta da opinião de especialistas e leigos com relação a propostas de ação do MS e de outras instâncias de governo do SUS.

**Gerência:** termo utilizado no âmbito do setor saúde e especificamente no 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.

**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).

**Gestão em saúde:** termo que 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 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, técnico e administrativo).

**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 SUS, os Conselhos de Saúde constituem órgãos colegiados, com representação dos gestores, profissionais de saúde e trabalhadores, bem como dos usuários dos serviços.

**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.

**Gestor Estadual do SUS:** o mesmo que autoridade sanitária estadual, o secretário estadual de saúde, responsável pela gestão do SUS no âmbito estadual.

**Grupos focais:** técnica de pesquisa que consiste na organização de um grupo de pessoas que, por sua competência e/ou experiência com um determinado tema, são convidadas a opinar sobre um determinado problema.

**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.

**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.

**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

**Imagem-objetivo (IO):** 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 CPPS, “qualquer pessoa ou grupo social pode definir uma situação de saúde futura que considera desejável”; entretanto, acrescenta: “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-problema que devem ser consideradas. Desta 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, p. 39).

**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.

**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 de uma política, plano, programa ou projeto.

**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.

**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.

**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 vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde dos diversos grupos da população (PAIM, 1994; PINHEIRO; MATOS, 2001, 2003).

**Instrumento de gestão:** visando à racionalização do processo de gestão do Sistema Único de Saúde, 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 PPI – programação pactuada integrada, 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 SUS nos últimos anos (MS, 2001).

**Instrumento de planejamento estratégico:** o enfoque estratégico surgiu, na área do planejamento em saúde, em meados dos anos 70, contemplando, posteriormente, vários desdobramentos, cada um dos quais propõe instrumentos específicos para a análise da situação, o desenho da situação-objetivo, a análise da coerência, factibilidade e viabilidade das intervenções propostas, e formas de monitoramento, acompanhamento e avaliação dos planos e programas de ação.

**Investigação de surtos epidêmicos:** atividade da área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis que consiste na identificação do caso índice, na busca de contatos e na adoção de medidas adequadas para a interrupção da transmissão da doença.

**Investigação epidemiológica:** o mesmo que “pesquisa epidemiológica”, pode contemplar desde análise de situações de saúde de uma população em geral ou de determinados grupos, até investigações etiológicas, voltadas a determinar as causas ou determinantes de um determinado problema ou agravo de saúde. Pode contemplar, também, a pesquisa dos efeitos de uma determinada tecnologia, programa ou serviço sobre o comportamento de uma determinada doença ou agravo de saúde em uma população.

**Liderança:** capacidade de condução, 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.

**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.

**Mapeamento dos atores** envolvidos na formulação e implementação das políticas. Trata-se de constituir o “sujeito” do processo de formulação da política, tomando como ponto de partida a identificação dos atores governamentais e não governamentais que desenvolvem ações concernentes aos problemas em foco.

**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.

**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.

**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.

**Monitoramento:** o mesmo que acompanhamento, processo de supervisão continuada do processo de implementação de uma determinada política, plano ou programa.

**Modelo de atenção à saúde:** forma de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde. Pode-se identificar a existência de vários modelos, de acordo com a 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) (PAIM, 1994; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

**Municipalização das ações e serviços de saúde:** forma de descentralização político-administrativa do sistema de saúde adotada no Brasil nos anos 90. 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.

**Módulo Operacional:** na perspectiva estratégico-situacional do planejamento, o plano deve ser modular, isto é, constituído de Módulos Operações-Problemas, matriz onde são sistematizados os Objetivos (gerais e específicos), as atividades e tarefas a serem realizadas, com seus respectivos responsáveis, prazos de execução e indicadores de acompanhamento e avaliação.

**Momentos o 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 pode ser ou no fazer. A noção de “momento” não se refere a etapas sequencialmente rígidas, de modo que, na prática, pode-se desencadear o processo em qualquer momento (MATUS, 1993).

**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.

**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.

**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, Secretarias Estaduais e Municipais e os órgãos a elas vinculados.

**Organizações não governamentais:** 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.

**Organizações sem fins lucrativos:** entidades de caráter filantrópico mantidas por associações civis ou instituições religiosas e que executam ações em diversas áreas de assistência social, inclusive na área de saúde.

**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, criada em 1948, bem como a Organização Pan-americana da Saúde, criada em 1902, integrada à primeira como organismo regional, responsável pela cooperação entre os países das Américas.

**Planejamento estratégico-situacional:** o enfoque estratégico-situacional foi originalmente proposto por Carlos Matus (1993) 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 embutida 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.

**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, em razão de seus princípios e diretrizes e em função dos objetivos estabelecidos pelo Pacto Nacional pela Saúde.

**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 a presteza, conforto, respeito, cortesia e outros elementos que garantem a aceitação social do serviço.

**Parceria interinstitucional:** 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.

**Participação e controle 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 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. Consulte a Lei 8142/90.

**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 60 do século passado e ocorre sob diversas formas, desde o envolvimento ativo da população em ações de saúde até a forma de participação política no processo decisório no setor. No âmbito do 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 8142, de novembro de 1990.

**Perfil de saúde da população:** diz respeito ao “perfil epidemiológico” da população, isto é, à configuração dos indicadores de morbi-mortalidade em determinados 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.

**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 em nível local (municipal, distrital), foi realizada por Teixeira (1993, 2001), que assim sistematiza os momentos do processo: a) **Análise da Situação de Saúde**, que inclui a identificação, priorização e análise dos problemas de saúde em um território determinado (DS, município); b) **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) **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) **Programação, Acompanhamento e Avaliação**, que correspondem 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.

**Plano Operativo:** ou Plano de ação, 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 do processo de implementação e de seus resultados.

**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 prioritizados, a especificação das estratégias a serem implementadas para o alcance dos objetivos e os recursos que serão empregados neste processo.

**Plano estadual de saúde:** documento que resulta do processo de planejamento no âmbito do sistema estadual de saúde, realizado de 4 em 4 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 SUS estadual.

**Plano municipal de saúde:** documento que resulta do processo de planejamento no âmbito do sistema municipal de saúde, realizado de 4 em 4 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 SUS municipal.

**Plano Municipal de Regulação do Acesso às ações e serviços de saúde:** instrumento de política que especifica os objetivos e metas do gestor municipal do SUS com relação aos critérios que regem o acesso da população aos serviços do SUS, seja da rede própria, seja da rede contratada e conveniada.

**Plano Operativo Anual:** ou programação operativa, documento que contém o detalhamento das ações a serem realizadas no período de um ano, seja no âmbito federal, estadual ou municipal do SUS.

**Política:** o termo “política” possui muitos significados, incluindo desde a “arte” de governar até a “ciência”, o estudo dos fenômenos ligados ao Estado, ao governo, 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 70 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. Em um trabalho que se propôs a realizar um balanço do estado da arte da produção científica da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Paim e Teixeira (2006) sistematizaram um conceito abrangente que abarca essa dupla determinação, definindo *Política de Saúde* como sendo “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. Abrange as questões relativas ao *poder* em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas*

de saúde. Ou seja, contempla tanto os planos de ação (*Policy*) quanto o poder em saúde (*Politics*)”.

**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.

**Política de incentivos:** refere-se ao estabelecimento de estímulos financeiros ou de outra natureza, como forma de induzir comportamentos desejados nos gestores e trabalhadores de uma determinada área, inclusive no âmbito da saúde.

**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.

**Políticas públicas saudáveis:** diz-se de políticas 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 a ações e serviços que promovam e protejam suas condições de saúde.

**Políticas sociais:** 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.

**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.

**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.

**Prestadores privados:** entidades privadas de prestação de serviços de saúde, de caráter lucrativo (empresas) ou não lucrativo (filantrópicas).

**Prestadores públicos:** entidades estatais de prestação de serviços de saúde, incluindo instituições sob gestão federal, estadual ou municipal. Considerando 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.

**Prevalência de fatores de risco:** o termo prevalência é utilizado em Epidemiologia para designar o número de casos novos e antigos de uma determinada doença ou agravo, em uma população, em um determinado período de tempo. A prevalência de fatores de risco refere-se à quantificação do número de expostos a um determinado risco – ambiental socioeconômico ou comportamental – presentes em uma população determinada.

**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.

**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, financiamento, processo de produção de serviços e produtos oferecidos à população usuária, podem-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 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 histórico 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.

**Programação Pactuada e Integrada (PPI):** processo de programação de atividades realizado pelas equipes gestoras do 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.

**Promoção do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde:** esforços desenvolvidos pelos gestores do 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 estes 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. Ver Universalidade e Equidade.

**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).

**Processos democráticos e participativos em saúde:** ver “Participação da comunidade e do cidadão” e “Participação e controle social em saúde”.

**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.

**Qualidade dos serviços de saúde:** a noção de qualidade foi desenvolvida no campo da saúde nos anos 50, 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).

**Registros vitais:** o mesmo que estatísticas vitais. Inclui o registro dos nascimentos e óbitos, base para a construção dos indicadores de morbi-mortalidade.

**Regulação:** 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 SUS, as instâncias gestoras (CIT, 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 (através da ANS) e entre consumidores, distribuidores e produtores de medicamentos (papel exercido pela ANVISA).

**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.

**Seleção de prioridades:** refere-se aos problemas e 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 a ser realizado a partir da definição de vários critérios, como por exemplo a 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 morbi-mortalidade 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 (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 fica garantir o enfrentamento e superação do mesmo (OPS, 1965).

**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,

ambulatoriais, 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”.

**Sistema de informação:** conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos de produção de dados, processamento e análise de informações, visando à 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.

**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, 1977).

**Sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador:** conjunto de instituições e práticas envolvidas na realização de ações de vigilância em saúde, podendo-se distinguir sistemas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, vigilância sanitária de alimentos, produtos e serviços de saúde, vigilância ambiental da qualidade da água, solo e ar e vigilância de ambientes e condições de trabalho.

**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 implicam 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).

**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).

**Situação de saúde:** ver Análise da Situação de Saúde.

**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.

**Sociedade civil:** conceito proveniente 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.

**Tecnologias de saúde:** A noção de “tecnologia em 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.

**Tomadores de decisão:** tradução livre do termo *policy makers*, refere-se a atores sociais que participam do processo decisório em uma determinada arena, como é o caso da Saúde, e, especificamente, do SUS, onde se pode incluir como tomadores de decisão, além dos gestores federal, estaduais e municipais, os representantes de diversas organizações de profissionais e trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e representantes dos usuários.

**Tomadores de decisão chaves do estado:** diz respeito aos atores sociais diretamente envolvidos no processo de tomada de decisões com relação à política e à gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito estadual, geralmente representados no Conselho Estadual de Saúde, porém eventualmente sem representação nessa instância, ainda que apareçam na cena política e defendam posições com relação aos temas da agenda política do setor.

**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 SUS

**Triângulo de governo:** conceito central da contribuição teórica de Carlos Matus. Para ele, (1987, 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 este 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, às 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, 1987).

**Trilogia matusiana:** conjunto de propostas metodológicas para a execução de processos de planejamento que tomem como referencial o enfoque estratégico-situacional proposto 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).

**Usuário do Sistema de informação:** profissional ou trabalhador de saúde, usuário ou gestor que acesse os bancos de dados do SUS, em qualquer nível, em busca de informação necessária ao seu trabalho cotidiano ou meramente para manter-se atualizado com relação aos problemas de saúde e/ou às políticas, programas e ações desenvolvidas no SUS.

**Usuário do SUS:** todo e qualquer cidadão que procure os serviços do SUS, em qualquer nível de complexidade.

**Universalidade:** um dos princípios finalísticos do Sistema Único de Saúde, 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.

**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 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 que leve em conta, 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 (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; COSTA, 2008).

## REFERÊNCIAS<sup>46</sup>

ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a Epidemiologia**. Salvador/ Rio de Janeiro/ São Paulo: APCE/ABRASCO, 1997. 205p.

BARATA, R. B. (org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. 276p.

COSTA, E. A. (org.). **Vigilância sanitária: desvendando o enigma**. Salvador, Bahia: EDUFBA, 2008. 180p.

---

<sup>46</sup> As referências bibliográficas indicadas em alguns verbetes fazem jus ao autor/autores que enunciaram as definições constantes do texto e são aqui elencadas como sugestão para a leitura complementar. Muitas definições, entretanto, não se ancoram em textos específicos e foram construídas a partir do conhecimento acumulado pelo grupo técnico do CONASS, sistematizado pela autora dos Glossários.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 176p.

CONASS. **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. CONASS/OPS, Brasília, 2007. p. 225-262.

KLEKOWSKI, B. et all. El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud. **Cuadernos de Salud Pública**. n. 80, OMS, Ginebra, 1984. 126p.

IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Ministério da Saúde. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. Brasília, 2003. 65p.

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.

\_\_\_\_\_. **Política, planificação e governo**. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554p.

\_\_\_\_\_. **Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización e reforma**. Caracas: Fundación ALTADIR, 1997. 261p.

\_\_\_\_\_. **O líder sem estado maior**. São Paulo: Edições FUNDAP, 2000. 206p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. (2 tomos). Salvador, Bahia: Casa da Qualidade, 2001.

\_\_\_\_\_. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89p.

MOTTA, P. R. **La ciência y el arte de ser dirigente**. Santafé de Bogotá, Colômbia: TM Editores, Ediciones Uniandes, 2003. 241p.

MS Secretaria Executiva. **Instrumentos de gestão**. Manual de consulta rápida. Brasília, DF, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD /OMS. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. **Publicación Científica** n. 111, 1965.

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

OPAS/OMS. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 1997. 293p.

OPAS/OMS. **Glossário de Terminologia**. Iniciativa “A Saúde Pública nas Américas”. (Para uso com o instrumento de medição do desempenho das FESP). 2001. 10p.

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.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. ISC/UFBA. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125p.

PAIM, J. S. **Saúde: Política e Reforma Sanitária**. Salvador, Bahia: CEPS/ISC, 2002. Bahia. 447p.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento & Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, número especial, São Paulo, SP, 2006. p. 73-78.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. (dois volumes). Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001-2003.

RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 309p.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia e Saúde**, n. 6. Rio de Janeiro: Ed. MEDSI, 2003. 728p.

SÁ, M. C.; ARTMANN, E. Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: **OPS/OMS**, n. 13, Brasília, 1994. p. 19-44. (Serie Desenvolvimento de serviços de saúde).

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

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde. UNESCO, Brasília, 2002. 726p.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MATO GROSSO. **Guia do usuário**. Secretaria do Estado de Saúde, Cuiabá, 2002. 96p.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993. p. 237-265.

\_\_\_\_\_. Epidemiologia e Planejamento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 2, 1999. 287-303.

\_\_\_\_\_. TEIXEIRA, C. F. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador, Bahia: CEPS/ ISC, 2001. 80p.

\_\_\_\_\_. **O futuro da prevenção**. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade, 2001. 105p.

TEIXEIRA, C. F. (org.). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador, Bahia: CEPS/ ISC, 2002. 128p.

\_\_\_\_\_. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 65, 2003. p. 257-277.

\_\_\_\_\_. Saúde da Família, promoção e Vigilância da Saúde: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Edição especial. Brasília, 2004. p. 10-23.

\_\_\_\_\_; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da saúde. **Informe epidemiológico do SUS**, vol VII, n. 2. CENEPI, MS, Brasília, 1998. p. 7-28

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. FGV. Rio de Janeiro, RJ, vol. 34 9, n. 6, nov/dez. 2000. p. 63-80.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, 2006. 237p.

TESTA, M. **Pensar em Salud**. Porto Alegre: Artes Médicas/ ABRASCO, 1992. 226p.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Cadernos de pesquisa**, vol. 5, Nov. 1992. NEPP.

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:**