

01
CURSO

O PROCESSO DE TRABALHO NO SUS E
A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE
PLANEJAMENTO EM SAÚDE



CURSO DE FORMAÇÃO

Gestão Pública
EM SAÚDE

UNIDADE 01

CONTEXTO DE
IMPLANTAÇÃO E ASPECTOS
ORGANIZACIONAIS DA
GESTÃO DO SUS

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.^a Dr.a Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Profa. Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ricardo Zimbrão Affonso de Paula; Prof. Dr. Osvaldo Ronaldo Saavedra Mendez; Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.^a Dr.a Arlene de Jesus Mendes Caldas; Prof.^a Dr.a Mariléia Santos Cruz da Silva; Bibliotecária Gilvane Carvalho Ferreira; Prof.^a Dr.a Mônica Teresa Costa Sousa

01 O PROCESSO DE TRABALHO NO SUS E
CURSO A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE
PLANEJAMENTO EM SAÚDE



CURSO DE FORMAÇÃO
Gestão Pública
EM SAÚDE

UNIDADE 01: CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO E ASPECTOS
ORGANIZACIONAIS DA GESTÃO DO SUS



2016

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro, São Luís-MA.

Site: www.unasus.ufma.br

PROJETO DE DESIGN

Camila Santos de Castro e Lima

Douglas Brandão França Júnior

João Gabriel Bezerra de Paiva

Katherine Marjorie Mendonça de Assis

Lizandra Sodré

Stephanie Matos

Isabelle Prado

Paola Trindade

NORMALIZAÇÃO

Eudes Garcez de Souza Silva

REVISÃO DE TEXTO

Fábio Allex

REVISÃO DE CONTEÚDO

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.

Contexto de implantação e aspectos organizacionais do SUS/Célia Regina Rodrigues Gil; Isaías Cantóia Luiz; Maria Cristina Rodrigues Gil (Org.). - São Luís, 2016.

59f.: il.

1. Planejamento em saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Saúde pública.
4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith
Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 614.2

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2016. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	7
2 DEMOCRACIA E SAÚDE	8
2.1 Brasil: democracia representativa e escolha pelo voto	9
2.2 Brasil: estado federativo e poder compartilhado entre as esferas de governo ..	11
2.3 O SUS como política de Estado	12
2.4 Contexto político brasileiro - cidadania e SUS	15
2.5 Direção e coordenação do SUS: escolhas políticas e ideológicas	18
3 CONTEXTO HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO SUS	21
3.1 Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde	21
3.2 A Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS	24
4 O SUS E SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	27
4.1 Princípios doutrinários do SUS	27
4.2 Diretrizes organizacionais do SUS	28
5 LEIS ORGÂNICAS DO SUS E DECRETO Nº 7.508	30
5.1 Lei Federal nº 8.080/90	30
5.2 Lei Federal nº 8.142/90	31
5.3 Decreto nº 7.508/2011	31
6 INSTÂNCIAS DE NEGOCIAÇÃO, DECISÃO E REPRESENTAÇÃO DOS GESTORES DO SUS	35
6.1 Comissões Intergestores	35
6.2 Conselhos dos Gestores de Saúde	38
7 INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL NO SUS	40
7.1 Conselhos de Saúde	40
7.2 Conferências de Saúde	42
8 OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES DO SUS	45
9 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA GESTÃO DO SUS	47
10 INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DO SUS	50
REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta unidade é compreender o SUS como uma política de Estado em construção e o papel do gestor e da equipe gestora na qualificação da gestão pública, que poderá ressignificar as práticas de gestão do SUS.

Você está começando a Unidade de Aprendizagem 1 e, durante seu desenvolvimento, vai perceber que o SUS é produto de uma luta histórica pela democratização do país e que seus instrumentos de gestão foram pensados e implantados para garantir o enfrentamento dos desafios presentes na realidade brasileira. Também vai conhecer os mecanismos de controle e o escopo de atuação dos serviços prestados pelo SUS.

Nos dias de hoje, compreender esse processo e suas implicações para a sociedade é de fundamental importância a fim de podermos avançar na consolidação do SUS. E, na qualidade de gestor ou equipe gestora, sua responsabilidade é ainda maior, pois muitas decisões estão agora em suas mãos. O que você fizer ou deixar de fazer certamente terá implicações futuras para toda uma coletividade. Sabemos que o desafio é grande e desejamos que o conteúdo aqui apresentado estimule-o em suas práticas cotidianas de trabalho e conduza-o a querer saber mais sobre este assunto.

Ementa: Processo de criação do Sistema Único de Saúde numa perspectiva social e histórica. A importância do Movimento pela Reforma Sanitária no contexto brasileiro pela democratização do acesso à saúde. A Constituição Federal e a ampliação dos direitos de cidadania. Arcabouço jurídico legal do SUS. Conceitos ampliados de saúde e políticas intersetoriais.



2 DEMOCRACIA E SAÚDE

O SUS é fruto de muita luta política em nosso país. Podemos dizer que, até a sua criação, a maioria da população brasileira sofria pela falta de acesso aos serviços de saúde. Até um passado recente, o país apresentava um alto índice de mortalidade infantil por doenças diarreicas e parasitárias e pela transmissão de doenças infectocontagiosas preveníveis por vacinação, evidenciando um quadro sanitário de mortalidade por causas evitáveis (RIPSA, 2008).



Acompanhe mais aspectos do SUS:

Abrangência

Para muitos, esse contexto ficou esquecido no passado. Entretanto, se analisarmos quantas mortes foram evitadas pelo fato de os municípios brasileiros terem hoje seus sistemas de saúde e pelo país priorizar a organização da Atenção Básica ou Atenção Primária, as equipes de Saúde da Família, as equipes de saúde bucal e outras iniciativas similares, fica evidente a abrangência e potencialidade do SUS.

Avanços

Muitas são as reflexões sobre os limites e avanços da sociedade brasileira na construção de um sistema de saúde mais justo e equânime. Há pouco mais de 30 anos, lutava-se no país pela descentralização dos serviços de saúde e pela garantia de acesso, em especial, para a população mais desassistida.

Desafios

Muitos foram os avanços, mas precisamos reconhecer que inúmeros são os desafios para a consolidação do SUS e o cumprimento de seus pressupostos em todos os entes federativos - Municípios, Estados e União.

Fleury (2009), ao analisar a evolução da questão democrática da saúde nesses anos de luta pela reforma dos serviços e sistema de saúde no Brasil, aponta que muitas escolhas feitas no decorrer desse período foram corretas, mas afirma também terem sido insuficientes para enfrentar as forças contrarreformistas e alterar efetivamente as relações de poder existentes no país. Para a autora,

[...] Com a reforma democrática do Estado e a criação do SUS, fomos capazes de deslocar poder para níveis subnacionais, inaugurando um modelo de federalismo pactuado altamente inovador sem, contudo, assegurar o estabelecimento de transparência e responsabilidade necessárias a um estado republicano (FLEURY, 2009, p. 161).



REFLETINDO!

Quais relações você identifica entre esse processo de democratização e o fato de você ser gestor ou compor uma equipe gestora do SUS? O que o levou a ser um gestor ou compor uma equipe gestora do SUS?

2.1 Brasil: democracia representativa e escolha pelo voto

Quando refletimos sobre o conceito de democracia, encontramos que ela é a forma como a sociedade pode interferir nas decisões e escolhas de um governo sobre suas vidas. A democracia pode ser representativa ou indireta, e participativa ou direta.



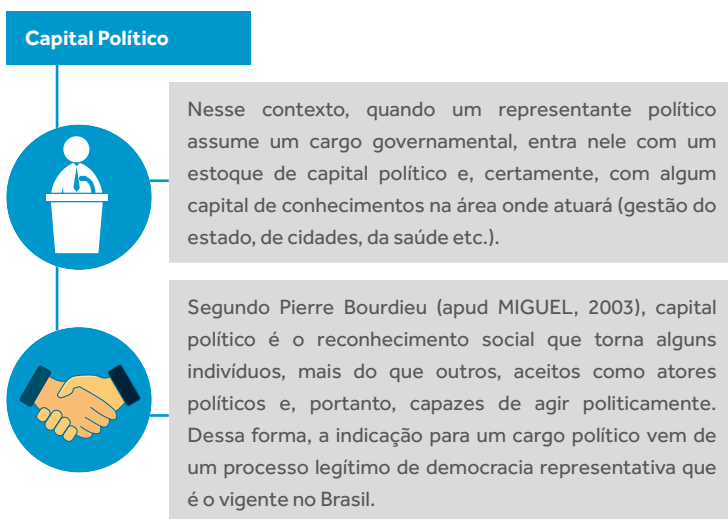
No Brasil, nossa democracia é a representativa (ou indireta), ou seja, escolhemos pelo voto nossos representantes nos poderes executivos (prefeitos, governadores e presidente) e legislativos (vereadores, deputados estaduais, federais e senadores).



Segundo Bobbio et al. (2004, p. 326-27), “[...] na teoria política contemporânea, mais em prevalência nos países de tradição democrático-liberal, as definições de democracia tendem a resolver-se e a esgotar-se num elenco mais ou menos amplo [...] de procedimentos universais”. Para os referidos autores:

[...] Todos os cidadãos que tenham atingido a maioria, sem distinção de raça, de religião [...], de sexo, devem ser eleitores e [...] todos os eleitores devem ter voto igual; [...] todos os eleitores devem ser livres em votar segundo sua própria opinião formada o mais livremente possível, isto é, numa disputa livre de partidos políticos que lutam pela formação de uma representação nacional; [...] nenhuma decisão tomada por maioria deve limitar os direitos da minoria.

Assim, a democracia representativa é a forma de governo na qual a população escolhe e elege seus representantes por meio do voto, em eleições diretas. O Brasil tem uma democracia representativa, com voto obrigatório para todos os cidadãos acima de 16 anos (BOBBIO, 2000).



2.2 Brasil: estado federativo e poder compartilhado entre as esferas de governo

O Brasil é uma República Federativa e tem o poder compartilhado pelas três esferas de governo: União, Estados e Municípios. Acompanhe abaixo algumas características do estado federativo:

01

O federalismo pode ser definido como um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado. A principal característica do sistema político federativo é a difusão de poder e de autoridade em muitos centros.

02

Em uma federação, os entes federados têm seu poder estabelecido constitucionalmente, à diferença dos países unitários, em que todo o poder emana do governo central, que pode ou não transferi-lo para as unidades territoriais.

03

Nos regimes federativos se coloca o desafio de uma soberania compartilhada, visto que a existência de competências legislativas concorrentes e de responsabilidades compartilhadas na oferta de bens e serviços é a própria essência do federalismo (ARRETCHE, 1999).

04

Na implementação das políticas sociais em federações, as relações intergovernamentais assumem formas peculiares, caracterizadas tanto pela negociação entre as esferas de governo quanto pelo conflito de poder, no cerne do qual está a definição do grau de autonomia do governo nacional e dos governos subnacionais (ALMEIDA, 2001).



PARA SABER MAIS!

Sugerimos a leitura das seguintes publicações:

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **BIB**, São Paulo, n. 51, p. 13-34, semestral. 2001.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **RBCS**, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.



2.3 O SUS como política de Estado

Você sabia que o nosso Sistema Único de Saúde (SUS) realizou somente em 2014 mais de 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais e 1,4 bilhão de consultas médicas no país? Sabia também que o SUS garante à população o acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde? Sabia que estão disponíveis na rede pública de todo o país 17 vacinas que combatem mais de 20 doenças, em diversas faixas etárias da população? (PORTAL DA SAÚDE, 2015).



E mais, que há ainda outras dez vacinas especiais para grupos em condições clínicas específicas, como portadores de HIV que estão disponíveis nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais? Entre outras coisas, o SUS é considerado o maior sistema público de transplante de órgãos do mundo. O programa cresceu 63,8%



nos últimos dez anos, passando de 14.175 procedimentos em 2004 para 23.226 em 2014. Logo, muitas vidas são salvas por esse programa. O SUS também presta assistência integral e totalmente gratuita para a população de portadores do HIV e acometidos por Aids, renais crônicos, pacientes com câncer, com tuberculose e hanseníase (PORTAL DA SAÚDE, 2015).

Esse é o sistema que você vai ajudar a administrar no país, na qualidade de gestor ou cogestor. O SUS é uma Política de Estado e, portanto, tem seus mecanismos legais e jurídicos bastante estruturados, como veremos neste módulo.



Se você atua em município, faz parte do conjunto de 5.570 gestores ou cogestores municipais cuja responsabilidade e compromisso são de promover a melhoria da qualidade de atenção à saúde da população em sua cidade.

Se você é gestor ou cogestor estadual, sua responsabilidade e compromisso são mais amplos: além de administrar o SUS no âmbito estadual, é seu dever apoiar técnica e financeiramente todos os gestores municipais para garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde da população de todo o estado sob sua responsabilidade.

Por fim, se você é gestor ou cogestor federal, seu compromisso e responsabilidade se ampliam mais ainda: é seu dever apoiar técnica e financeiramente todos os gestores municipais e estaduais para garantir saúde a toda a população do país e também formular, implantar e garantir a execução de políticas públicas para suprir necessidades de saúde da população.

Por políticas de Estado, entendem-se aquelas que envolvem as burocracias de mais de uma agência do Estado e passam por diversas instâncias de discussão em todos os poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário). Sua tramitação e deliberação envolvem estudos técnicos, simulações, análises de impacto horizontal e vertical, efeitos econômicos ou orçamentários, quando não um cálculo de custo-benefício levando em conta a trajetória completa da política que se pretende implementar.

As políticas de Estado, que respondem efetivamente a essa designação, geralmente envolvem mudanças de outras normas ou disposições pré-existentes, com incidência em setores mais amplos da sociedade. Se elas são fortemente institucionalizadas em uma sociedade,



não há quem as mude, mesmo na troca de governos. Nessa concepção, o SUS pode ser entendido como uma “**política de Estado**” porque representa a materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição Cidadã, de considerar a Saúde como um “direito de cidadania e um dever do Estado” (TEIXEIRA, 2014; SANTOS, 2013; ALMEIDA, 2013).

Você pode estar se perguntando: há diferenças entre política de Estado e políticas públicas?



Para alguns autores, políticas públicas são políticas de governo. A diferença entre aquilo que é política de Estado e o que é política de governo é a maneira como elas são institucionalizadas. Geralmente as políticas públicas são definidas intrasetorialmente (no caso da saúde, no Ministério da Saúde) e sua temporalidade pode ou não ultrapassar mais de uma gestão governamental (GIOVANNI, 2015).



Como isso seria na prática?



Imagine que um gestor estadual do SUS estabelece que em sua gestão irá implantar um programa de construção de novos hospitais no estado, isso se torna uma política de governo, pois poderá ser extinguida caso as necessidades de saúde sejam diferentes, ou na mudança de gestão. Por outro lado, o atendimento às pessoas pelo SUS não poderá cessar, já que se configura como uma política de estado, não podendo então ser extinguida.





REFLETINDO!

A partir do que já vimos até aqui, você consegue perceber que o SUS é uma política de Estado? Alguns autores e estudiosos do tema questionam a falta de financiamento adequado e assegurado para o SUS, caracterizando-o mais como política pública. Outros acreditam que o SUS é uma política de Estado porque tem seus instrumentos e normas legais definidos e respaldados pela Constituinte.

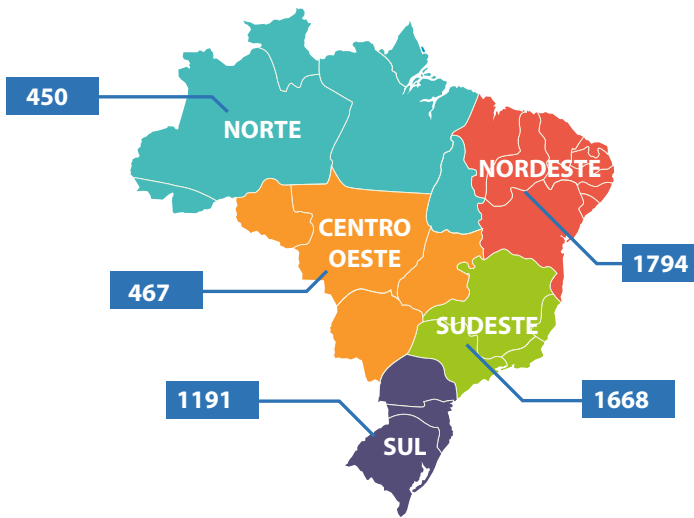
E você, o que pensa a respeito disso? O que será que as pessoas que trabalham com você pensam a respeito dessa questão? Você acha que faltam recursos ou eles são gerenciados inadequadamente?

2.4 Contexto político brasileiro - cidadania e SUS

O Brasil é um país de dimensão territorial continental e grandes diferenças culturais, sociais e econômicas entre suas cinco regiões. Para alguns autores, o Brasil é formado por “muitos brasis”, dada a diversidade presente no país (MINAYO, 1995).

Até meados de 2015, são 5.570 os municípios brasileiros distribuídos nas 27 unidades federativas (26 estados e um Distrito Federal). Cerca de 50% dos municípios têm uma população inferior a 10 mil habitantes e mais de 90% com população de até 50 mil, configurando um expressivo conjunto de municípios de pequeno porte. A distribuição dos municípios por região, até o ano de 2015, é a seguinte:





Considerando que cada ente federativo tem sua organização político-administrativa e tem autonomia de poder, vê-se a complexidade e a importância das pactuações e negociações na gestão do SUS e das políticas públicas (MINAYO, 1995; GIL, 2006; BRASIL, 2015).

O Brasil sofre as consequências da dívida política marcada pelo autoritarismo que dominou o país por décadas, deixando importantes sequelas para o seu desenvolvimento e que estão refletidas na fragilidade do processo de democratização da sociedade e de luta pela conquista de políticas sociais mais estáveis e duradouras que atendam ao bem-estar da população. O direito de cidadania não está incorporado ao cotidiano dos indivíduos e famílias que ainda necessitam lutar pela sua sobrevivência mais do que por seus direitos humanos (GIL, 2006).



Santos (1979) trouxe um termo interessante, “cidadania regulada”, que nos remete a uma reflexão importante sobre a fragilidade e a incipiência dos direitos de cidadania fortemente presentes em nosso contexto, no qual o direito à cidadania ainda é visto como privilégio de poucos e concessão do Estado, e no campo das políticas sociais, as relações entre Estado e segmentos populares instituem um padrão em que os direitos

dos cidadãos aparecem como *benesse*, sujeitos ao controle de uma burocracia que, por meio de normas, estabelece quem tem ou não direitos.

Cohn (1995) aponta aspectos que têm norteado o debate sobre a efetividade das políticas sociais no combate às desigualdades. Deixa evidente a necessidade de se superar a antinomia que prevalece no Brasil entre políticas econômicas *versus* políticas sociais na perspectiva de se viabilizar um projeto de desenvolvimento social, com ênfase nas políticas sociais orientadas pela equidade e no enfrentamento das necessidades dos diferentes segmentos sociais.

[...] Configura-se (no Brasil) um sistema de proteção social composto por inúmeros programas de políticas setoriais [...] de baixa eficiência e eficácia, de vida efêmera, e impermeável ao controle público. Em resumo, herda-se no presente um enorme aparato institucional voltado para ações na área social e que, tomado em seu conjunto, na prática acabam por reproduzir as desigualdades sociais ao invés de se traduzirem em políticas sociais compensatórias das desigualdades originadas no mercado (COHN, 1995, p. 14).

Portanto, o SUS está inserido nesse complexo contexto, e, assim, fazer sua gestão com efetividade e qualidade requer habilidades para além das técnicas. Trabalhar na gestão do SUS, para muitos, é trabalhar para a consolidação da democracia e construção da cidadania em um país tão desigual, como é o caso do Brasil.



PARA SABER MAIS!

Sugerimos que você leia:

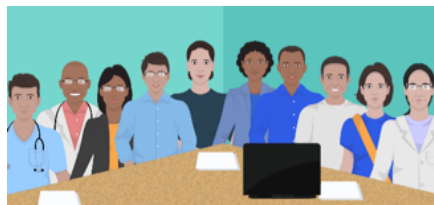
A entrevista com Geraldo Di Giovanni, professor doutor do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp, na qual ele aborda a discussão sobre as políticas públicas.

A publicação "SUS, política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas", de Nelson Rodrigues dos Santos.



2.5 Direção e coordenação do SUS: escolhas políticas e ideológicas

De modo geral, a direção, coordenação e gestão do SUS, é feita a partir da escolha ou indicação de um representante a partir de sua vivência no cenário político da área da saúde. Muitos



gestores são nomeados pela sua trajetória política e ideológica de construção do SUS, outros, pela sua militância no terreno dos movimentos políticos e construção partidária. E todos, na perspectiva de consolidação da democratização do estado brasileiro.

Na qualidade de gestor, você que está realizando este curso, é a pessoa que está com a responsabilidade indelegável de administrar o SUS e seus desafios enquanto ocupar esse cargo na instituição. Portanto, é fundamental que tenha clareza da sua missão.

Se você é integrante de uma equipe gestora sua responsabilidade não é menor, apenas diferente, e é tão responsável pelo fortalecimento e enfrentamento dos desafios do SUS quanto o gestor propriamente dito.

É competência do gestor e da equipe gestora do SUS, juntos, administrarem um sistema que tem características muito especiais no contexto brasileiro e mesmo no internacional, pois hoje o SUS tem sido estudado por vários países pela sua magnitude, proposição e resultados alcançados.

Como você chegou ao cargo de gestor do SUS? Você se tornou gestor ou membro de uma equipe gestora pela sua vivência na área da saúde ou por outras vivências?



Se você é gestor, um secretário de Saúde (ou similar) e lidera uma equipe gestora do SUS, provavelmente foi indicado pelo prefeito ou governador que, por sua vez, foram eleitos pela população para

representá-los, seja no Município, Estado ou União, durante um mandato temporal de governo, geralmente de quatro anos.

Se você é membro de uma equipe gestora do SUS, você atua como cogestor compartilhando e dividindo as responsabilidades na administração do SUS junto com o secretário de Saúde enquanto ele quiser, uma vez que o gestor tem a prerrogativa de convidar (ou aceitar indicações) pessoas que vão compartilhar com ele a gestão por meio de cargos ou funções gratificadas existentes na estrutura do governo.

De modo geral, tanto o gestor como o componente de uma equipe gestora assumem o trabalho na gestão com certo capital político, ou seja, são possuidores de um determinado grau de confiança depositado em você pelo seu chefe-executivo superior.

Nesse contexto, o cargo de ministro ou de secretário de Saúde é designado pelo chefe do poder Executivo, eleito democraticamente em cada esfera do governo (presidente, governador ou prefeito). Dessa forma, o gestor da saúde é parte integrante de uma equipe que tem responsabilidade por um determinado projeto de governo, que deverá dar respostas ao chefe político em cada esfera e interagir com outros órgãos de governo sempre quando necessário.

Vejamos abaixo uma representação hierárquica dessas funções:



Tanto o gestor como parte das pessoas que compõem a equipe gestora podem ser ou não do quadro de funcionários efetivos próprio da instituição. O fundamental é que conheçam os principais instrumentos



de gestão do SUS porque terão que se amparar neles para o exercício do mandato.

Cada equipe de gestão precisa aperfeiçoar os mecanismos do SUS porque isso contribui diretamente para o fortalecimento do sistema em todos os seus aspectos técnicos, políticos e institucionais.



Vamos ver agora o que você conhece sobre os principais aspectos sócio-históricos desse sistema - o SUS, cuja responsabilidade está em suas mãos. Vamos percorrer alguns fatos históricos importantes sobre os quais nenhum gestor ou componente de equipe gestora pode desconhecer.



3 CONTEXTO HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO SUS

No Brasil, alguns fatos foram fundamentais para a criação do SUS, entre eles o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal de 1988.

Você sabe o que foi o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira? E o que significou a 8ª Conferência Nacional de Saúde para o país?



3.1 Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde

O SUS foi criado com muita luta por lideranças nacionais que desejavam a democratização do país e do acesso à saúde como bem essencial ao ser humano. Essas lideranças foram agregando novos sujeitos que foram aderindo e participando dessa construção coletiva, e assim se configurou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

A RSB teve seu início no fim da década de 1970, ganhando força expressiva nos anos 80, quando diversos grupos se organizaram com o propósito de criar um sistema público de saúde que assegurasse o direito universal da população à saúde.

O SUS é uma proposta e um projeto construído pelas forças sociais que lutaram pela democracia e organizaram-se em torno desse movimento na luta pela Reforma Sanitária Brasileira, desencadeando mudanças no âmbito jurídico, político, institucional, organizativo e operacional do sistema de saúde.



Esse movimento lutou pela organização de um sistema pautado em uma concepção ampliada de saúde, entendida não apenas como “ausência de doença”, mas sim pelo “bem-estar físico, mental e social”, decorrente de condições determinantes de uma vida saudável (emprego, renda, alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde).

As propostas da RSB elaboradas por esse grupo foram amplamente debatidas na **8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS)**, que reuniu, em 1986, cerca de 4.500 pessoas defendendo a democratização do país, uma nova política nacional de saúde com descentralização e acesso da população aos serviços de saúde. A



saúde como direito de cidadania foi debatida e amplamente defendida nesse evento, cujo relatório final serviu de base para o debate realizado na Assembleia Nacional Constituinte, resultando na Constituição de 1988. Nela, a saúde é reconhecida como “direito de cidadania e dever do Estado” e criava-se, nessa perspectiva, o SUS (TEIXEIRA, 2014).

Cabe destacar que uma das recomendações da 8ª CNS foi que se constituísse uma **Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS)**, e, em 20 de agosto de 1986, ela foi criada por meio de uma portaria interministerial (MEC/MS/MPAS nº 02/86) e assinada pelos ministros da Educação, Jorge Bornhausen; da Saúde, Roberto Santos; e da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães.

A CNRS foi composta por representantes de órgãos governamentais, do Congresso Nacional e da sociedade civil, e trabalhou nos seguintes objetivos (BRASIL, 1987):

Objetivos da CNRS:

Analisar as dificuldades para o funcionamento dos serviços de saúde no país e sugerir opções para a nova organização estrutural do sistema.

Examinar os instrumentos de articulação existentes entre as esferas de poder (federal, estadual e municipal) que atuam na área de saúde e assistência médica, com vistas ao seu real aperfeiçoamento.

Indicar os mecanismos de planejamento dessa área, ajustando-os às necessidades dos diversos segmentos da população a ser atendida.

O intenso trabalho dessa comissão foi crucial para a criação do SUS. Portanto, o SUS é uma conquista histórica do povo brasileiro, expressão de uma política de Estado que se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde, traduzida em princípios (valores), diretrizes (políticas e organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que orientam e definem o curso das ações governamentais em todas as esferas de governo (TEIXEIRA, 2014).



PARA SABER MAIS!

Que tal complementar seus estudos com a leitura da publicação Movimento Sanitário: como tudo começou, dos autores Thiago Augusto Veloso Meira, Daniel Coelho de Oliveira, Rosana Franciele Botelho Ruas e Vagner Caminhas Santana?

Outras fontes de informações complementares muito boas para você ampliar seus conhecimentos são o vídeo História das políticas de saúde no Brasil e o site da Base Arch - Casa de Oswaldo Cruz.

Você sabe por que a Constituição de 1988 é conhecida como Constituição Cidadã?



3.2 A Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS

O SUS foi criado pela Constituição de 1988, também chamada de “Constituição Cidadã” por ser considerada a constituição mais completa que já tivemos no Brasil, principalmente nos aspectos que se referem aos direitos de cidadania.

A Constituição de 1988 está estruturada em nove títulos, sendo que cada um deles contém seus capítulos e estes, por sua vez, seus

respectivos artigos que tratam de temas importantes para nós, cidadãos brasileiros. A Constituição Federal assegura o exercício dos direitos sociais e individuais que devem reger a sociedade como um todo - princípios fundamentais; direitos e garantias fundamentais; organização do Estado; organização dos poderes; defesa do Estado e das instituições democráticas; tributação e orçamento; ordem econômica e financeira e ordem social (BRASIL, 2012).

Um dos importantes avanços para a democracia garantida pela Constituição de 1988 foi o restabelecimento de eleições diretas para os cargos de presidente da república, governadores de estados e prefeitos municipais.

No que se refere especificamente ao setor de saúde, é no Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II – que a Constituição versa sobre os artigos que dispõem sobre o Sistema Único de Saúde. Conhecê-los é um dever de todo gestor, equipe gestora e trabalhadores do SUS.



Fonte: SAMPAIO, Marcondes. **Há 25 anos era eleita a Assembleia Nacional Constituinte.** Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2011.

Vamos rever o que diz a Constituição sobre a saúde ?

Seção II Da Saúde

Art. 196. A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao **PODER PÚBLICO** dispor, nos termos da lei, sobre sua **REGULAMENTAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE**, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma **REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA** e constituem um **SISTEMA ÚNICO**, organizado de acordo com as seguintes **DIRETRIZES**: (EC nº 29/2000, EC nº 51/2006 e EC nº 63/2010) após:

I – **descentralização**, com **direção única** em cada esfera de governo;

II – **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – **participação da comunidade**.

§ 1º O sistema único de saúde será **financiado**, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios **aplicarão, anualmente**, em ações e serviços públicos de saúde **recursos mínimos** derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea “a”, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea “b” e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4º **Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público**, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.



Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º **As instituições privadas poderão participar de forma complementar** do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – **controlar e fiscalizar** procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – **executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica**, bem como as de saúde do trabalhador;

III – **ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde**;

IV– participar da formulação da política e da execução das ações de **saneamento básico**;

V– incrementar em sua área de atuação o **desenvolvimento científico e tecnológico**;

VI – **fiscalizar e inspecionar alimentos**, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII– **participar do controle e fiscalização** da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

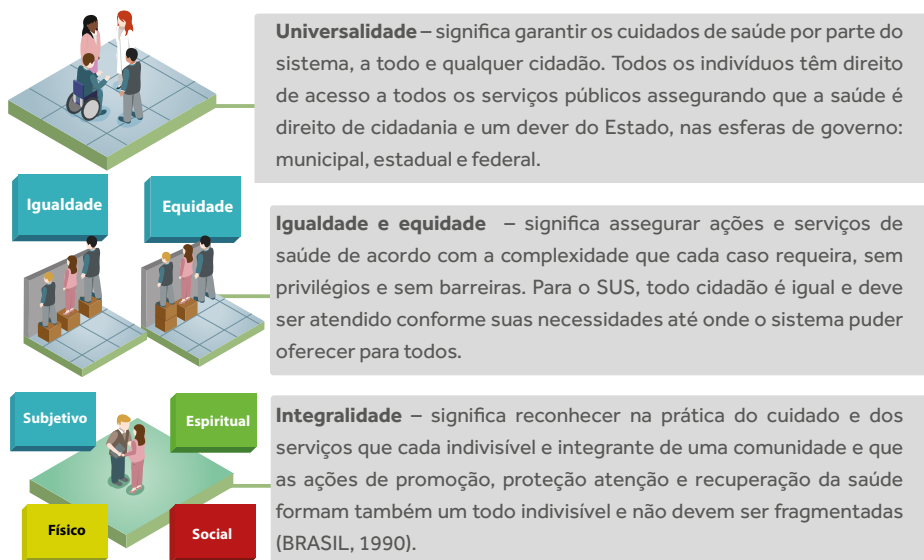
VIII–colaborar na **proteção do meio ambiente**, nele compreendido o do trabalho.



4 O SUS E SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

O SUS, como política de Estado, assume em todo o território nacional os princípios da universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde e tem como diretrizes a descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social, incorporadas na legislação orgânica da saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), aprovada pelo Congresso Nacional.

4.1 - Princípios doutrinários do SUS



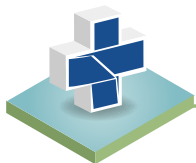
4.2 Diretrizes organizacionais do SUS



Regionalização e hierarquização – significa que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida, com integração entre os diferentes serviços, possibilitando a resolutividade do cuidado, ou seja, responsabilizando-se pela solução dos problemas de saúde da população de seu território específico. O acesso da população aos cuidados de saúde deve se dar preferentemente pelos serviços da rede básica ou primária de atenção – Unidades Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde, que devem estar devidamente qualificadas para atender e resolver os principais problemas de saúde da população e pelo encaminhamento, quando necessário, dos usuários aos demais níveis de atenção e pelo retorno dos mesmos às Unidades de Saúde.



Descentralização – significa distribuir as responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, ou seja, o que é de responsabilidade do Município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um Estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Todos os governos devem respaldar o poder municipal na prestação dos serviços – é o que se chama municipalização da saúde. Aos Municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.



Participação da população – significa a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o local até o federal. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as Conferências de Saúde periódicas para definir prioridades em saúde. Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever de as instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à saúde (BRASIL, 1990).



REFLETINDO!

Faça uma análise do seu município ou estado à luz dos princípios e diretrizes do SUS e reflita:

- ✓ Por que é importante você, gestor ou membro de uma equipe gestora, pautar-se na Constituição de 1988 e nos princípios e diretrizes do SUS?
- ✓ Quais dos princípios e diretrizes estão mais avançados no seu município e estado?
- ✓ Como cidadão brasileiro, o que você gostaria que melhorasse?

Muito bom! Até aqui você conheceu ou relembrou muitos processos importantes para a formulação e implantação do SUS e que foram objetos de discussão e deliberação na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em uma sociedade diversa como é a nossa, as Conferências Nacionais de Saúde consolidaram sua importância no processo histórico da Saúde, em especial após a criação do SUS. Vejamos agora as leis que instituíram o SUS e seus aspectos gerais.



5 LEIS ORGÂNICAS DO SUS E DECRETO Nº 7.508

As Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142/90 são chamadas **Leis Orgânicas da Saúde (LOS)**. Tratam-se de leis complementares que detalham a organização e o funcionamento do SUS de acordo com o estabelecido pela Constituição Federal de 1988. É fundamental que todo gestor e equipe gestora conheçam essas leis e pautem-se nos seus direcionamentos durante todo o período em que estiverem como responsáveis pela administração e gestão do SUS.

5.1 Lei Federal nº 8.080/90



A **Lei nº 8.080, de setembro de 1990**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, atenção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Por meio dos seus artigos, essa lei regulamenta e orienta o que deve ser assegurado pelo SUS e como as ações e serviços devem se organizar em todo o território nacional. Da mesma forma, essa lei garante o direito à saúde e o dever do Estado de prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício. A lei reafirma, ainda, os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que todo gestor precisa considerar no exercício da gestão.

Em seus artigos, a lei define todas as ações que estão incluídas no campo de atuação do SUS. Conhecer essa lei é uma tarefa fundamental para os gestores e para o fortalecimento do SUS como política de Estado.

5.2 Lei Federal nº 8.142/90



A **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências entre as diferentes esferas de governo de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2003).

Como vimos anteriormente, as leis nº 8.080 e nº 8.142 constituem a base do arcabouço legal necessário para o funcionamento do SUS em todo o território nacional. Para que o SUS pudesse ser conduzido de forma semelhante em todo o país, foram muitos os mecanismos construídos para que seus princípios e diretrizes fossem respeitados.

O modelo institucional proposto para o SUS é considerado ousado no que se refere à iniciativa de concretizar o arranjo federativo entre os gestores das três esferas de governo.

5.3 Decreto nº 7.508/2011



O **Decreto nº 7.508, de 2011**, regulamenta a Lei nº 8.080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência e a articulação interfederativa, ressaltando a regionalização da saúde. Para algumas lideranças do SUS, esse decreto veio com algum atraso para o contexto dos serviços, em função da regionalização e da necessidade de avanços para a resolutividade e integralidade do cuidado.

Em relação à organização do SUS, esse decreto regulamenta os processos de regionalização do SUS com vistas à implementação das Redes de Atenção. O Ministério da Saúde define, na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, o conceito de **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

A integralidade e resolutividade do cuidado em saúde requerem estratégias para assegurar uma maior eficácia na produção de saúde para além dos municípios e numa perspectiva regionalizada. Dessa forma, a gestão do sistema no âmbito regional também precisa se tornar mais eficiente visando contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS (BRASIL, 2011).

Para avançar nessa lógica regionalizada do SUS, faz-se necessária uma transição do atual modelo para o ideário de um sistema integrado e regionalizado de saúde, desafio a ser enfrentado a médio e longo prazo, mas que precisa ser construído continuamente.

Entre os conceitos trazidos pelo decreto, cabe destacar o de região de saúde, contrato organizativo da ação pública, mapa da saúde e redes de atenção. O decreto define que:

Região de Saúde - é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) - é o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Mapa da Saúde - é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

Redes de Atenção à Saúde - é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. O quadro abaixo mostra as redes que o Ministério da Saúde definiu como prioritárias. Esse é um desafio importante para os gestores do SUS em todas as esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2011).

Quadro 1 - Redes temáticas priorizadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Redes	Discussão no Grupo Técnico de Atenção	Pactuação CI
Rede Cegonha (RC)	4 reuniões 02/04/2011; 08/04/2011; 12/04/2011; 05/05/2011	5 de maio de 2011
Rede de Urgência e Emergência (RUE)	3 reuniões 09/05/2011; 08/07/2011; 15/08/2011	16 de junho de 2011
Rede de Atenção Psicossocial (Raps)	10 reuniões 08/07/2011; 18/07/2011; 09/11/2011; 21/11/2011; 30/11/2011; 05/12/2011; 07/12/2011; 12/12/2011; 18/01/2012; 14/08/2012	24 de novembro de 2011
Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)	4 reuniões 18/01/2012; 01/03/2012; 07/03/2012; 12/03/2012	16 de fevereiro de 2012
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC)	2 reuniões 18/09/2012; 06/11/2012	22 de novembro de 2012

Também em 12 de abril de 2011 foi discutida no GTA, e pactuada na CIT, de 28 de abril de 2011, a operacionalização da intensificação das ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.



PARA SABER MAIS!

Todas as informações sobre a regulamentação da Lei nº 8.080/1990 podem ser lidas na íntegra no Decreto Presidencial nº 7.508/2011. Com relação às redes de atenção, sugerimos a leitura da publicação: *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*.





AGORA É COM VOCÊ!

Verifique como estão organizadas as regiões de saúde no seu estado e como estão sendo implementadas as redes de atenção.

É importante notar que alguns estados definiram as regiões de saúde mantendo a divisão já existente das regionais de saúde, outros as reagruparam em macrorregiões respeitando as características geográficas, as malhas rodoviárias e os caminhos que a própria população procura para o atendimento de maior complexidade.

De qualquer forma, essa definição é pactuada entre os entes governamentais nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de cada Estado e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) entre Estados e União.

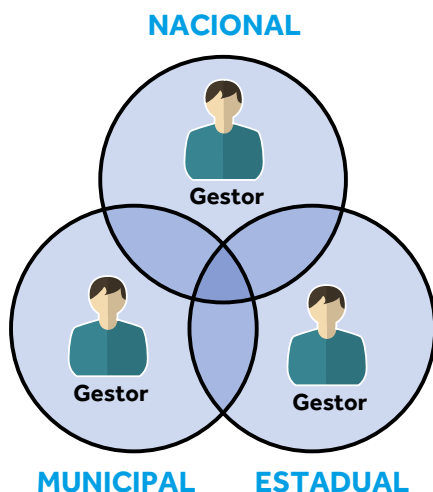
6 INSTÂNCIAS DE NEGOCIAÇÃO, DECISÃO E REPRESENTAÇÃO DOS GESTORES DO SUS

Foi dito anteriormente, a gestão do SUS é compartilhada. E, não apenas pela própria configuração e distribuição do poder político, lembrando que em nosso país o Estado é federativo, como também pelas instâncias de negociação e pactuação do SUS entre as três esferas de governo. Assim, a definição das políticas, programas e projetos de relevância para o SUS é discutida e aprovada nesses diferentes espaços de negociação.

6.1 Comissões Intergestores

A Lei nº 8.080/90 criou dispositivos de negociação e pactuação para a gestão compartilhada do SUS. São eles:

- Um gestor do sistema em cada esfera de governo.



- Instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas de governo, sendo:

CIT

Comissão Intergestores Tripartite – apenas uma, no âmbito nacional;

CIB

Comissões Intergestores Bipartite – uma em cada estado da federação.

É importante lembrarmos que o processo de gestão do SUS se encontra em transição, portanto ainda podem se configurar os **CGR - Colegiados de Gestão Regional Intraestaduais** - número variável em função do desenho regional adotado em cada estado. Com o advento do Decreto nº 7.508/2011, os CGR estão sendo substituídos pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Essas **Comissões Intergestores** configuram-se como uma instância, um espaço de articulação, integração, negociação e pactuação entre os gestores. Para tanto, os gestores e equipes gestoras organizam-se em grupos temáticos - **câmaras técnicas** - nas quais discutem e pactuam as políticas, programas e ações de saúde antes da reunião geral.

Os representantes das regiões, municípios e estados são escolhidos pelos seus pares para representar os gestores de sua respectiva esfera de governo.

As comissões intergestores reúnem-se mensalmente em caráter ordinário e, sempre que necessário, em caráter extraordinário para discutir, aprovar ou reprovam questões específicas pautadas em cada mês.

Como tem sido a sua participação nas instâncias colegiadas das quais participa? Você e sua equipe gestora participam da CIB em seu estado? Como você analisa a sua participação nessas instâncias colegiadas de gestão do SUS?



É importante a participação na CIB, pois é nela que os gestores organizam suas agendas de prioridades. É na CIB que são definidas as ações, financiamento e outras prioridades para o SUS em cada estado da federação. Essa é uma instância colegiada importante para o gestor local.

O Decreto nº 7.508/2011, em seu artigo 32, define as pactuações que poderão ocorrer nas Comissões Intergestores:

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.



6.2 Conselhos dos Gestores de Saúde

Para promover a plena gestão do SUS, os gestores se organizam em conselhos por esfera de governo.



CONASS - os gestores estaduais se organizam no Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, cuja diretoria é composta por um representante de cada região do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). O presidente do CONASS representa seus pares na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).



CONASEMS - os gestores municipais, por sua vez, organizam-se no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Tendo em vista o elevado número de municípios, o CONASEMS tem uma organização diferenciada de representação. Há órgãos superiores de direção, que são: Assembleia Geral, Conselho Nacional de Representantes Estaduais do CONASEMS, Diretoria Executiva e Conselho Fiscal, sendo todos os cargos compostos exclusivamente por secretários municipais de Saúde ou equivalentes. O presidente do CONASEMS representa os municípios na CIT e na CIB.



COSEMS - nos estados, os secretários municipais de Saúde se organizam no Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS.

No interior dos estados, os COSEMS podem se organizar também em Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS). Geralmente acompanham o número de regionais de saúde existentes



no respectivo estado. Todos esses colegiados gestores têm a função precípua de atuar no SUS seguindo suas normas, leis e diretrizes legais. Cada um dos representantes desses colegiados apresenta e/ou defende suas propostas para atender as necessidades de saúde específicas de cada Município, Estado ou região.

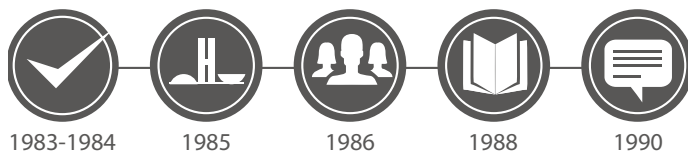


7 INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL NO SUS

Vimos acima a forma como os gestores se organizam para defender seus interesses e propósitos no SUS e discutir questões importantes para superar os desafios do sistema. Assim como os gestores, a população se organiza, por meio dos Conselhos de Saúde, para realizar o controle social no SUS.

7.1 Conselhos de Saúde

Para entender o contexto de implantação dos Conselhos de Saúde, cabe conhecer alguns fatos históricos importantes que antecederam o SUS:



1983-1984

1985

1986

1988

1990

O movimento da sociedade civil pelas “Diretas, já!” ganhou força no país principalmente nos anos de **1983 e 1984**.

Com o advento da Nova República, em 1985, por meio de eleição indireta, vence no Colégio Eleitoral e assume a Presidência da República o ex-presidente Tancredo Neves. Em todo o período em que esteve disputando a presidência, assume como uma de suas propostas, uma nova política de saúde no país.

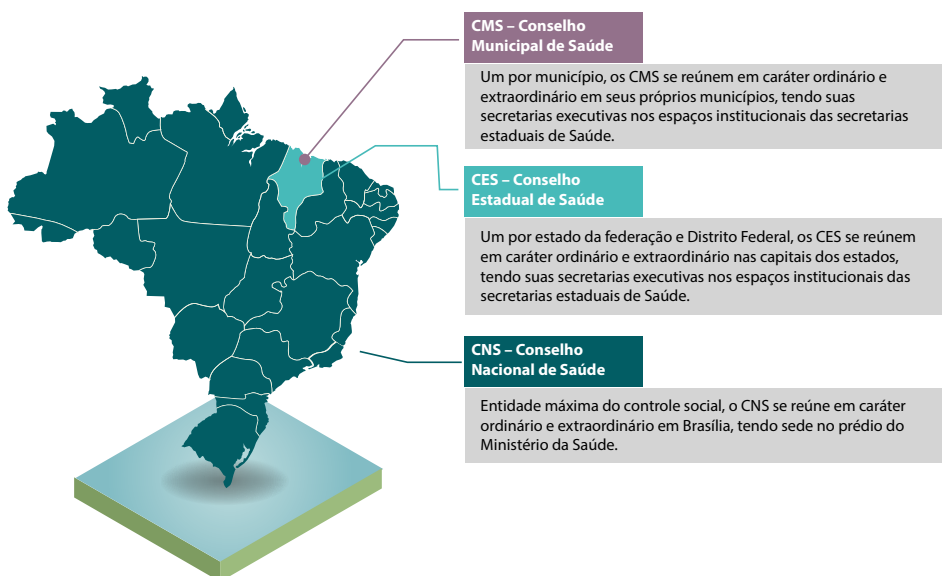
Em **1986**, foi realizada a 8ª CNS, a mais importante de todas as conferências por ter trazido a saúde como direito de todos. Conforme cita Cohn (1995), a reforma sanitária constituiu-se numa estratégia de democratização do Estado brasileiro, tendo como uma de suas diretrizes a descentralização política. Para os idealizadores da reforma sanitária, naquele período, descentralização era “sinônimo” de democratização.

Com a Assembleia Nacional Constituinte, em **1988**, ganham expressão a associação democracia e política e a participação social, assegurando um caminho para as políticas de bem-estar social (FIOCRUZ, 1998).

Em **1990**, a Lei nº. 8.142/90 define as normas gerais para a participação popular no SUS e estabelece as regras para a realização das Conferências de Saúde.

Cabe destacar que os Conselhos de Saúde compõem a gestão do SUS e, quando os gestores discutem seu orçamento, devem incluir no bloco financeiro recursos orçamentários para as ações dos seus respectivos conselhos. Evidencia-se, portanto, no contexto do SUS, que os Conselhos de Saúde vieram para ficar.

Os conselhos são órgãos de deliberação do SUS e os gestores precisam apresentar aos seus conselheiros, todas as propostas de ação apresentadas nos Planos de Saúde e aprovadas nas Conferências de Saúde, bem como toda a prestação de contas dos recursos do SUS. Os Conselhos de Saúde também se organizam em cada esfera de governo, sendo:



CLS - Conselhos Locais de Saúde – presentes em alguns municípios, os CLS são em número variado, de acordo com o território das unidades básicas de saúde.



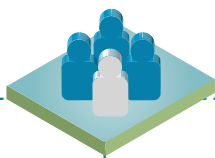
Os Conselhos, a exemplo dos colegiados dos gestores, podem constituir (e quase sempre constituem) comissões específicas internas para aprofundar a compreensão de temas específicos, como financiamento, vigilância em saúde, atenção básica, educação permanente e outros.

Para saber mais sobre o funcionamento dos Conselhos de Saúde, leia a resolução CNS 453/2012.

Em síntese:

Os conselhos de saúde vieram para ficar: estão garantidos pela Lei nº 8.142/1990.

Integram a gestão do SUS: suas atividades devem ser contempladas no orçamento da gestão.



São deliberativos: aprovam ou reprovam posturas da gestão assim como a prestação de contas.

Têm composição específica e definida: os gestores precisam conhecer a composição e funcionamento dos Conselhos de Saúde e sua interface com a gestão do SUS.

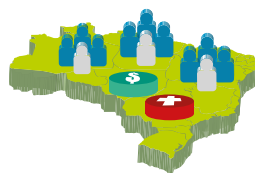
Podem constituir comissões específicas por temas: se conselheiros sentirem a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre alguma temática do SUS, eles têm autonomia para propor a criação destas comissões temáticas e implantá-las, mediante a aprovação no pleno do conselho.

7.2 Conferências de Saúde



As Conferências Nacionais de Saúde foram legalmente criadas em 1937, ano de realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1963, a 3ª CNS já trazia em sua pauta a Municipalização dos Serviços de Saúde. Até a 8ª CNS, entretanto, a participação nas conferências nacionais de saúde eram mais restritas e tinham acesso apenas os delegados/representantes dos serviços federais e estaduais de saúde.

A 8ª CNS deu uma nova vida às Conferências de Saúde e mobilizou a sociedade civil organizada, os gestores dos serviços públicos e lideranças em sua organização. Os debates em torno dos temas da



conferência e das necessidades de saúde da população ganharam força em reuniões que configuraram, mais tarde, as pré-conferências.

Do ponto de vista legal, foi a partir da Constituição Federal de 1988 e após a Lei nº 8.142/90 que as Conferências de Saúde constituíram-se como instâncias colegiadas do SUS nas três esferas de governo.

No **artigo 1º** dessa lei, estabelece-se que:

O SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde; [...] (BRASIL, 1990).

Portanto, para fazer a gestão do SUS, os gestores devem promover, em conjunto com os Conselhos de Saúde, as suas respectivas conferências. As conferências municipais de saúde realizam suas pré-conferências e delas elegem os representantes que serão **delegados**, ou seja, terão **direito a voz e voto**, na conferência municipal de saúde. Nessa ocasião, serão aprovados os **temas prioritários** para serem traduzidos em **ações** no **Plano Municipal de Saúde**, um dos principais instrumentos de gestão do SUS.

Das conferências municipais saem os delegados para a Conferência Estadual de Saúde que deverão aprovar as prioridades para o Plano Estadual de Saúde. Desta, sairão os delegados para participarem da Conferência Nacional de Saúde e, da mesma forma, aprovar as prioridades para o Plano Nacional de Saúde.



OBJETIVO

As Conferências de Saúde têm o objetivo de discutir as ações de saúde a serem priorizadas no Município, Estado ou União. É importante que o gestor e a equipe gestora conheçam os **dados e informações** de saúde de seu território.

Dominar essas informações poderá contribuir para garantir direcionalidade nesse debate e as ações que irão incidir sobre a saúde da população. Por exemplo, se o município tem um alto índice de mortalidade por doenças coronarianas, é importante que as ações de saúde voltadas ao enfrentamento desse agravo de saúde estejam contempladas entre as prioridades. Cabe lembrar que as necessidades de saúde são infinitas e os recursos financeiros são limitados.

As Conferências de Saúde em seu território têm contribuído para a elaboração do Plano de Saúde?

É importante que o Plano de Saúde retrate as prioridades de saúde efetivamente estabelecidas pela gestão do SUS. Ele é um documento que pode se tornar um registro da evolução das condições de saúde da população e também da capacidade instalada dos serviços no território.



PARA SABER MAIS!

Aprofunde seus conhecimentos sobre as Conferências de Saúde. Acesse o site do Conselho Nacional de Saúde.

8 OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES DO SUS

Para uma boa gestão do SUS, é necessário que seus gestores compreendam que a concepção do processo saúde-doença e cuidado engloba **dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e políticas**, e essa concepção varia de acordo com o contexto sócio-histórico.

A Constituição Federal de 1988 amplia o conceito de saúde até então reduzido aos aspectos biológicos do processo saúde-doença.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo terceiro, ao definir o conceito de saúde-doença explicita seus fatores determinantes e condicionantes. Diz a lei:



A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

A Lei nº 12.864, de 2013, dá uma nova redação a este dispositivo dizendo que:

[...] os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013).



Em que pese o disposto na Constituição Federal de 1988, que define a saúde como “*direito*” de todos e “*dever*” do Estado, para o Estado cumprir com o seu papel de assegurar as condições adequadas à concretização da saúde como direito de cidadania, algumas diretrizes organizativas para o SUS foram estabelecidas e têm implicações sobre como as decisões relativas às políticas de saúde são implementadas.

Nesse quesito, a Lei nº 8.080/90 também define os **objetivos e atribuições** do SUS que são, entre outras:

[...] a identificação e a divulgação dos **fatores condicionantes e determinantes** da saúde;
a **formulação de políticas** de saúde; e
a **assistência às pessoas** por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, o gestor e a equipe gestora podem (e devem) pensar em ações e projetos que visem estimular investimentos em áreas e setores que impactam diretamente nas condições de saúde da população de um território. Entre elas, por exemplo, a implantação de escolas e creches, saneamento básico e emprego, entre outras.



As ações de Vigilância em Saúde são bastante apropriadas para mobilizar a população em torno de melhores condições de vida e saúde.



PARA SABER MAIS!

Leia o Capítulo I da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, em especial os artigos 5º e 6º que tratam dos objetivos e campo de atuação do SUS.

Assim, tanto a Constituição como a LOS nº 8.080/90 trazem o conceito ampliado de saúde. Isso é importante para que gestores e equipes gestoras do SUS compreendam que para produzir saúde de forma efetiva, há necessidade de políticas intersetoriais que possam resultar em melhorias da qualidade de vida e saúde da população.

9 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA GESTÃO DO SUS

As ações de promoção da saúde estão igualmente definidas na Lei nº 8.080/90 que define: atuar na **promoção de saúde** com ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde do trabalhador, saúde ambiental, vigilância nutricional, fiscalização de produtos, atenção primária e atuar na assistência médica propriamente dita e, ainda, com o uso de recursos tecnológicos mais apropriados, na política de saúde e hemoderivados e na política de medicamentos.



Em 1986, em Ottawa, no Canadá, foi realizada a **Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Segundo Buss (2010), esta conferência estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos, definindo como promoção da saúde o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”.

A **Promoção da Saúde** é o campo de ações que **atua sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde** com o objetivo de impactar, favoravelmente, na qualidade de vida das pessoas e comunidades. Por isso, as ações caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intra e intersetorial e por ações



de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, hábitos e estilos de vida, entre outras (BUSS, 2010).

O Ministério da Saúde vem investindo nessa área por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde desde 2006, que foi redefinida pela Portaria nº 2.446/2014. Seus eixos operacionais são:

Territorialização, enquanto estratégia operacional;
Articulação e cooperação intra e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor;

RAS, enquanto estratégia operacional necessita: transversalizar a promoção na RAS, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território; e articular com as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde.

Participação e controle social, que compreende a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos;

Gestão, entendida como a necessidade de priorizar os processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação;

Educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos;

Vigilância, monitoramento e avaliação, enquanto uso de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais, visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de promoção da saúde;

Produção e disseminação de conhecimentos e saberes, enquanto estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade; e

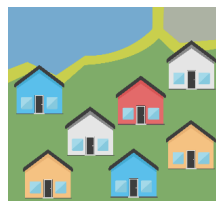
Comunicação social e mídia, enquanto uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações (BRASIL, 2014).

Assim, cabe aos gestores identificar quais as ações de promoção da saúde querem implantar visando ao investimento para a saúde da população de seu respectivo território.



10 INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DO SUS

De modo geral, as políticas públicas sociais (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho), ainda são formuladas e, em boa parte, implementadas, de formas isoladas, setorializadas e desarticuladas.



Isso pode resultar em certa centralização e hierarquização das ações, com suas redes próprias de serviços que atuam de forma paralela às demais políticas, muitas vezes atendendo aos mesmos usuários. Esse paralelismo e duplicidade de ações, além de onerar os custos dos poucos recursos destinados às políticas sociais, geram multiplicidade de ações sobre os indivíduos e, muitas vezes, incidem de forma não equânime (TAVARES et al., 2011).

Os espaços da intersectorialidade são lugares de compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas formas de agir que não se encontram estabelecidas ou suficientemente experimentadas.

Para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença e investir na promoção da saúde, é importante e fundamental, a ousadia de buscar projetos intersectoriais que resultem em ações mais efetivas para a sociedade. No entanto, a cultura da administração e gestão pública vigente no Brasil dificulta (e muitas vezes inibe) a implantação de iniciativas desse porte. Ainda assim, há gestores que conseguem investir e alcançar bons resultados com as políticas intersectoriais.

Nesse sentido, a proposta das Redes de Atenção à Saúde pode se constituir em oportunidades para o exercício e reflexão desse novo

horizonte para onde deve caminhar o SUS, tanto na gestão como na prestação dos serviços.

A intersetorialidade é um dos principais desafios para a resolutividade do SUS nos tempos atuais.



AGORA É COM VOCÊ!

Que tal, após finalizar seus estudos, você elaborar uma síntese para apresentação do seu território (município, região, estado, União), abordando os seguintes aspectos:

- ✓ Contexto sócio-histórico de implantação do SUS no seu território.
- ✓ Mapeamento, em seu município, região e/ou estado, das lideranças que investiram no desenvolvimento de iniciativas importantes para o SUS.
- ✓ Análise dos princípios e diretrizes do SUS que mais avançaram em seu território e dos que menos avançaram, identificando as causas.
- ✓ Comparação das Leis Orgânicas do SUS com o que está efetivamente sendo realizado em seu território; busque as causas.
- ✓ Análise da sua participação como gestor ou equipe gestora das instâncias de negociação e pactuação do SUS em sua região.
- ✓ Análise de como está organizado o Conselho de Saúde em seu território e da sua participação como gestor ou equipe gestora nessas instâncias de negociação e pactuação do SUS.
- ✓ Análise dos principais dados e informação de saúde do seu território; identifique as fragilidades e as potencialidades.
- ✓ Compare essas suas observações com o que está apresentado no Plano de Saúde de seu município e/ou estado.

Isso contribuirá sobremaneira para as ações de saúde em seu local de trabalho.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi possível verificar, o arranjo institucional do SUS prevê uma série de instâncias de negociação e estabelecimento de pactos, envolvendo diferentes níveis de gestores do sistema e diversos segmentos da sociedade, permitindo que vários participem do processo decisório sobre a política de saúde. O exercício da gestão pública da saúde é cada vez mais compartilhado por diversos entes governamentais e não governamentais e exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e articulação dos interesses da sociedade.

Nesse percurso de aprendizagem você revisitou e conheceu vários fatos históricos e aspectos do processo de construção do SUS no Brasil que dizem respeito à função gestora do Sistema Único de Saúde e seus principais desafios para constituir-se, de fato, em uma política de Estado. Nas próximas unidades você vai continuar encontrando informações que contribuirão para o exercício de sua função, tão importante, que é a da gestão do SUS.

Lembre-se! É importante resgatar e registrar a história da evolução dos serviços de saúde de seu território, dos serviços instalados e da situação de saúde da população. Um gesto simples como esse pode resgatar aspectos importantes que valorizam a evolução dos serviços de saúde em sua localidade e evidenciam as mudanças ocorridas, tanto nos aspectos sanitários como na capacidade instalada dos serviços.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **BIB**, São Paulo, n. 51, p. 13-34, semestral. 2001.

Disponível em: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=518&Itemid=435>. Acesso em: 12 nov. 2015.

ALMEIDA, P. R. **Sobre políticas de governo e políticas de Estado**: distinções necessárias. Instituto Millenium, 2013.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **RBCS**, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun.1999. Disponível em: <<http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/ArretcheRBCS1999.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

BOBBIO, N. **Dicionário de política**. Brasília: UnB, 2000.

_____; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Teoria geral da política**: a filosofia política e as lições dos clássicos. Rio de Janeiro: Campus, 2004. p. 326-27.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012a. 454 p. (Série textos básicos; n. 67).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.



_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Comissão Nacional da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro, 1987. (Documentos III). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **InformeSUS**. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/18737>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

_____. _____. _____. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. 10 p. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2015.

_____. _____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 3 mar. 2015.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 nov. 2015.

_____. _____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 22 jul. 2015.

COHN A. Políticas sociais e pobreza no Brasil. In: _____. **Planejamento e políticas públicas**. Brasília: IPEA, 1995.

FIOCRUZ. **Conferências de saúde**. 1998. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/conferencias-de-saude>>. Acesso em: 1 ago. 2015.

FLEURY, S. M. Revisitando a “questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, 2009.

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em Saúde da Família**: expressões de um cotidiano em construção. 2006. 297 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, 2006. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4480>>. Acesso em: 123 nov. 2015.

GIOVANNI, G. Di. Entrevista com professor doutor Geraldo Di Giovanni. UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 2015. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/publicacoes/jornal/jornal27-geraldodigiovanni.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2015.

IBGE. **Indicadores conjunturais**. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/calendario.php>. Acesso em: 30 set. 15.

MIGUEL, L. F. Capital político e carreira eleitoral: algumas variáveis na eleição para o congresso brasileiro. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 20, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782003000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 set. 15.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC, 1995.

PORTAL DA SAÚDE. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica. 2012b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 13 nov. 2015.



_____. **Região Norte debate o SUS em 111 municípios no mês de julho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/18406-regiao-norte-debate-o-sus-em-111-municipios-no-mes-de-julho>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. 2013.

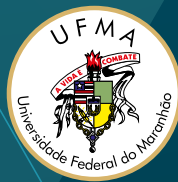
TAVARES, M. F. L. et al. Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde. In: **Curso de Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, 2011.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Bahia: Secretaria de Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> Acesso em: 2 jun. 2015.





CURSO DE FORMAÇÃO
Gestão Pública
EM SAÚDE



2016