

GESTÃO EM SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA¹

Rogério Nazário da Silva²

Flávia Silveira Serralvo³

RESUMO

O presente artigo apresenta uma análise da Gestão em Saúde e Saúde Pública, a fim de verificar os movimentos da gestão contemporânea. Para tanto, foram estudados os principais movimentos que desencadeiam uma gestão contemporânea na área da saúde. Trabalhamos três movimentos, e a partir deles foram representados e integrados os Sistemas de Serviço da Saúde respectivo para cada modelo de Gestão. A saúde pública é parte integrante dos sistemas de saúde e a definição das funções essenciais apóia-se no conceito de saúde pública como uma ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades. É uma noção que ultrapassa as intervenções de base populacionais ou comunitárias e que inclui a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Gestão de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. SUS (Sistema Único de Saúde).

INTRODUÇÃO

O presente estudo faz uma análise da Gestão em saúde e Saúde Pública, referindo-se à Gestão no século XXI, seus grandes movimentos, suas alternativas, seus sistemas integrados de saúde, suas determinantes. Finaliza este módulo de Gestão em saúde, comentando as competências e as habilidades do Gestor Contemporâneo.

Dando seqüência, apresentamos o tema Saúde Pública, onde buscamos focar a saúde das Américas, e definimos a Saúde Pública para um bom entendimento, além de explorar

¹ Artigo elaborado no programa de iniciação científica da Faculdade das Américas no ano de 2008.

² Aluno do curso de Administração de Empresas da Faculdade das Américas. E-mail: rgerio@live.com

³ Jornalista, Mestre em Comunicação Social e Doutoranda em Língua Portuguesa. Professora da Faculdade das Américas (São Paulo – SP). E-mail: flaserralvo@uol.com.br

dentro deste item o Sistema único de Saúde, sua cartilha de direitos e deveres do usuário, abrangendo também a Legislação. Neste item mencionamos o comprometimento dos gestores nas três esferas do governo.

“Se você acha que investe muito em saúde, experimente a doença”.

(William C. Gilson)

1 GESTÃO EM SAÚDE NO SÉCULO XXI

Grandes movimentos

Podemos mencionar os grandes movimentos da gestão em saúde no século XXI partindo da:

- I - da gestão das condições agudas para a gestão das condições crônicas;
- II - da gestão baseada em opiniões para a gestão baseada em evidências;
- III - da gestão dos meios para a gestão dos fins.

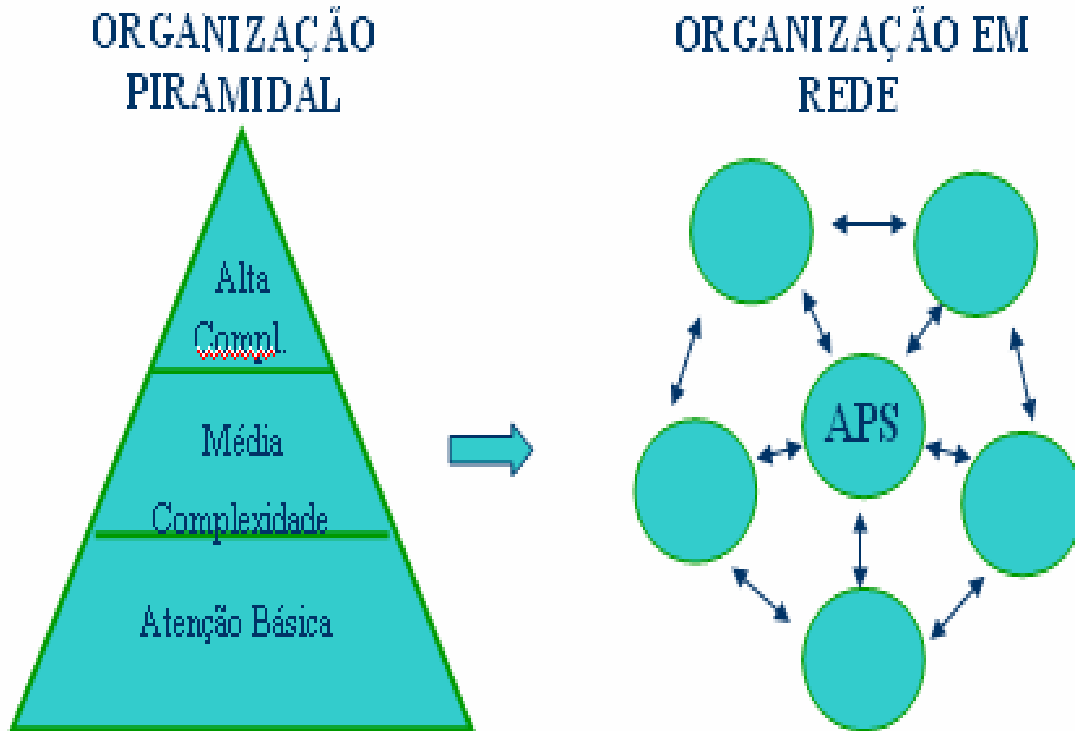
I - Gestão das condições agudas para a gestão das condições crônicas:

- os sistemas integrados de serviços de saúde
- o conceito de condição crônica: são condições ou enfermidades que têm um período de vida superior a três meses e que não se autolimitam.

Partindo destas condições, podemos expor a carga de Doença no Brasil, segundo fonte ENSP/FIOCRUZ:

- DOENÇAS INFECCIOSAS, PARASITÁRIA E DESNUTRIÇÃO: 14,8%
- CAUSAS EXTERNAS 10,2%
- CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS 8,8%
- DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS 66,2%
- TOTAL DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS 75,0%

Representação dessas alternativas dos Sistemas de Serviços de Saúde



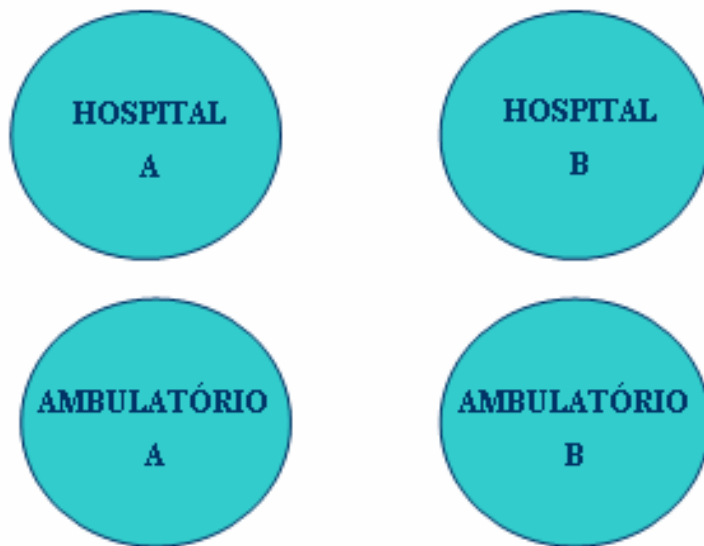
Fonte: Portal Fiocruz (www.fiocruz.br)

2 SISTEMA INTEGRADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Tem como conceito a constituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que permite prestar uma assistência contínua a determinada população - no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população.

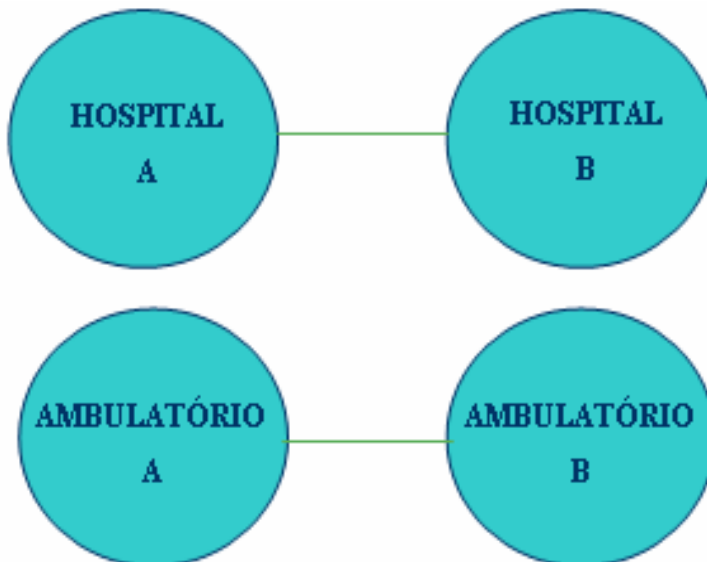
Em outro aspecto, seus momentos da construção desses sistemas integrados são:

1 - a fragmentação do sistema:



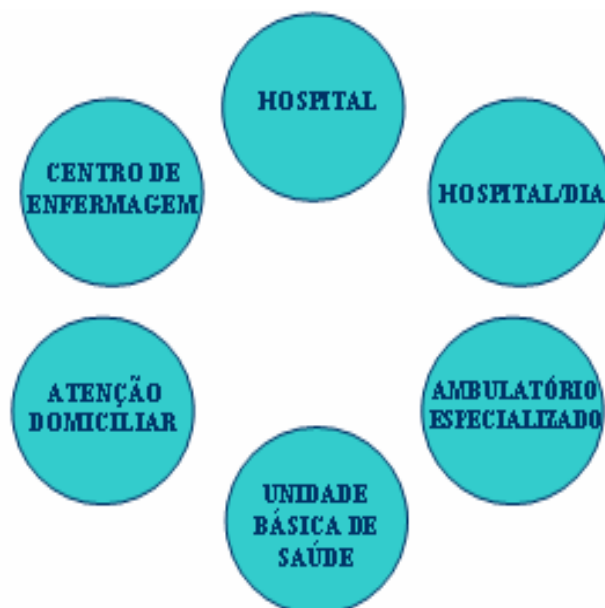
Fonte: Portal Fiocruz (www.fiocruz.br)

2 - a integração horizontal dos pontos de atenção à saúde:



Fonte: Portal Fiocruz (www.fiocruz.br)

3 - a diferenciação e expansão dos pontos de atenção à saúde:



Fonte: Portal Fiocruz (www.fiocruz.br)

4 - a integração vertical dos pontos de atenção à saúde:



Fonte: Portal Fiocruz (www.fiocruz.br)

II - Gestão baseada em opiniões para a gestão baseada em evidências

Determinantes

Podemos citar dentro desta gestão os determinantes do incremento de custos desses sistemas. São eles:

- A INFLAÇÃO ECONÔMICA: 42%
- O VOLUME E INTENSIDADE DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS: 32%
- A INFLAÇÃO MÉDICA: 17%
- O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: 9%

(1993)

Os fatores decisórios nestas Políticas de Saúde são:

- VALORES;
- RECURSOS;
- EVIDÊNCIAS.

Questões relacionadas

Podemos citar dentro desta gestão as seguintes questões:

- o que se pensa desta política?
- há recursos para implantá-la?
- ela está baseada em pesquisas científicas?
- as políticas de saúde

Tem como conceito da atenção à saúde baseada em evidências:

- é diferente da medicina baseada em evidências

- é a disciplina centrada em processos decisórios sobre grupos populacionais que se fazem com base em evidências empíricas

A operacionalização

- A PRODUÇÃO DAS EVIDÊNCIAS: OS CENTROS DE PESQUISA
- A DISPONIBILIZAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS: O CENTRO DE EVIDÊNCIA
- A UTILIZAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS: OS CENTROS DE DECISÃO

III - Gestão dos meios para a gestão dos fins

- a Gestão da clínica é a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Gestão dos meios

- a gestão dos Recursos Humanos
- a gestão dos Recursos Materiais
- a gestão dos Recursos Financeiros

As tecnologias de gestão da clínica

- as diretrizes clínicas:
 - as linhas-guia (*guidelines*);
 - os protocolos clínicos
- a Gestão de patologia:
 - é a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação, envolvendo o conjunto de pontos de atenção à saúde de uma rede assistencial, com o objetivo de melhorar os padrões qualitativos da atenção;

- objetiva mudar comportamentos de profissionais de saúde e de usuários e programar as ações e serviços de saúde.

- a Gestão de caso:
 - é um processo cooperativo que se desenvolve entre o gestor de caso e o usuário para planejar, monitorar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades de saúde da pessoa, com o objetivo de alcançar resultados custo/efetivos e de qualidade.

- a Gestão dos riscos da clínica:
 - ouvidoria das queixas dos usuários: comunicação com os profissionais, qualidade da atenção sistema de eventos adversos.

- a lista de espera:
 - é uma tecnologia que normaliza o uso dos serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento e a promovendo a transparência.

- a Auditoria clínica:
 - consiste na análise crítica sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes.

As competências do gestor contemporâneo

- fazer as perguntas certas;
- compreender e utilizar os critérios de evidência;
- avaliar a qualidade das evidências apresentadas;
- avaliar a qualidade das pesquisas científicas;
- implementar as mudanças exigidas pelas evidências.

As habilidades do Gestor Contemporâneo

- discriminar uma revisão sistemática da literatura;

- compreender os resultados das avaliações tecnológicas e econômicas dos serviços de saúde;
- entender a qualidade de um ensaio clínico;
- saber incorporar em suas decisões os valores institucionais e sociais.

3 SAÚDE PÚBLICA

A saúde nas Américas

A Saúde Pública nas Américas é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que envolveu todas as suas unidades técnicas e as representações da organização nos países, na segunda metade da década de noventa. O seu desenvolvimento fundamenta-se na importância de fortalecer as funções essenciais que competem ao Estado na perspectiva de melhorar a prática de saúde pública e construir instrumentos capazes de avaliar a atual situação, identificando áreas críticas que precisam ser fortalecidas e reforçar a liderança das autoridades sanitárias em relação ao sistema de saúde.

No contexto internacional a década de 1990 esta intrinsecamente ligada às reformas, a construção dos diferentes sistemas de saúde e ao seu financiamento. Nessa década, as reformas seguiram uma agenda única, informadas pela lógica eficientista. Nesse processo surgiram questionamentos do Estado e das instituições bem como dos serviços públicos (SUAREZ, 2005).

Pode-se dizer que a iniquidade crescente e a situação desigual de saúde e do acesso da população geraram a crise da saúde pública. A reforma econômica neoliberal acentuou a pobreza e a desigualdade no acesso as riquezas e aos serviços. Um dos marcos da reforma do Estado e a reforma da saúde que, na maioria dos países, seguiu o paradigma predominante baseado no denominado consenso de Washington, que centrava suas ações no financiamento e na eficácia do setor, mediante enxugamento do Estado, e na ampliação do mercado para os serviços essenciais. A reforma dos serviços de saúde no Brasil não seguiu esse movimento.

As questões importantes, como a equidade, a universalidade, integralidade, modelo de atenção e recursos humanos, foram ignoradas ou marginalizadas.

A iniciativa “A Saúde Pública nas Américas” teve como objetivo influir na agenda de transformação do setor, redefinindo e valorizando seu papel, e operacionalizando os conceitos que a fundamentam, sendo as Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp), um dos principais instrumentos utilizados.

Essa iniciativa gerou ainda a necessidade da construção de categorias operacionais, que permitiram a Opas desencadear uma avaliação nos países das Américas, dos processos de transformação do setor saúde, tanto por parte do Estado como da Sociedade Civil.

Alguns projetos foram desenvolvidos e outros estão em desenvolvimento com objetivo de melhorar a saúde pública nos países do hemisfério, entre os quais destacamos:

1. Desenvolvimento de um instrumento para avaliação do exercício das Funções Essenciais de Saúde Pública;
2. Condução de uma avaliação da prática da saúde pública em cada país das Américas, medindo o nível e o desempenho das suas funções essenciais;
3. Desenvolvimento de um plano de ação hemisférico para o fortalecimento da infra-estrutura e a melhoria da prática da saúde pública.

Definição de saúde pública

A saúde pública é parte integrante do sistema de saúde e a definição das funções essenciais apóiam - se no conceito de saúde pública como uma ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades. É uma noção que ultrapassa as intervenções de base populacionais ou comunitárias e que inclui a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

A atuação da sociedade manifesta-se nas instituições, nas práticas sociais e nos valores socialmente reconhecidos que modelam as atitudes, condutas sociais em favor da vida e da saúde.

O Estado é a instituição que coordena e mobiliza as condições para o cumprimento das Fesp, cuja responsabilidade específica é atribuída perativamente ao governante ou autoridade sanitária designada para este fim e que deve ser capaz de mobilizar os atores pertinentes, os recursos necessários e as estratégias.

Nessa iniciativa, a saúde pública não é vista como uma disciplina acadêmica, mas fundamentalmente como prática social interdisciplinar. Seus objetos são de natureza pública, tais como bens públicos e de mérito social.

Uma das funções mais importantes de saúde pública é a mobilização social (da sociedade civil) e a capacitação da população para a participação social.

Apesar de o Estado ser o principal responsável pela sua execução e operacionalização, a saúde pública não é concebida como sinônimo de responsabilidade apenas e exclusivamente do Estado: o seu desenvolvimento ultrapassa as incumbências próprias do Estado e, além disso, não abrange tudo o que o Estado pode e deve fazer no campo da saúde.

Evidentemente, o exercício adequado dessas responsabilidades é essencial não apenas para elevar o nível de saúde e a qualidade de vida da população, mas por ser parte fundamental do papel do Estado em saúde, o qual inclui ademais a condução, a regulamentação, o financiamento, a supervisão e a padronização da prestação de serviços.

É difícil estabelecer uma separação nítida entre as responsabilidades próprias da saúde pública relativas à condução dos serviços de prevenção de doenças e a promoção da saúde em grupos populacionais definidos e as responsabilidades relativas à organização de serviços voltados a atenção curativa individual.

No que diz respeito à suas responsabilidades essenciais preocupam-se primordialmente com o acesso equitativo aos serviços, a garantia de sua qualidade e a incorporação da perspectiva da saúde pública na orientação dos serviços de saúde individuais. E por isso que uma das Fesp definidas na iniciativa refere-se ao reforço da capacidade da autoridade sanitária para garantir o acesso equitativo da população aos serviços de saúde, não considerando uma função essencial a prestação desses serviços

No Brasil, o fundamental para desenvolver novos conceitos e métodos para as funções é que a saúde pública deve ser vista como um processo social historicamente constituído de valores, que se manifestam nas instituições e organizações, em cada situação e cultura.

As Funções Essenciais de Saúde Pública foram definidas como condições para melhorar a prática da saúde.

Uma das decisões mais importantes para o seu fortalecimento foi o de adotar a definição de indicadores e padrões para a avaliação do seu desempenho, tornando a sua prática consistente e identificando as capacidades institucionais necessárias para seu desempenho geral.

Para tanto, utilizou-se de uma metodologia que inclui as funções estruturantes, garantindo assim, a boa prática e o funcionamento adequado das diferentes áreas de sua atuação.

Antecedentes

Na década de 1990, o estudo Delphi da Organização Mundial da Saúde (OMS) teve como propósito redefinir o conceito de função essencial e atingir um consenso internacional em relação às características centrais dessas funções, inicialmente para apoiar a atualização da política Saúde para Todos no ano 2000.

Nesse estudo, 145 peritos em saúde pública de diferentes nacionalidades foram consultados em três etapas consecutivas. Ao final, o painel definiu nove Fesp, entre elas: 1) Prevenção, vigilância e controle de doenças transmissíveis; 2) Monitoramento da situação de saúde; 3) Promoção da saúde; 4) Saúde ocupacional; 5) Proteção ambiental; 6) Legislação e regulamentação em Saúde Pública; 7) Gestão em Saúde Pública; 8) Serviços de saúde pública específicos; e 9) Cuidados de saúde para grupos vulneráveis e populações de alto risco.

Nos EUA foi organizado um comitê, liderado pelo Escritório para a Prática da Saúde Pública e pelo Escritório de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde do CDC, que em 1994 aprovou o documento “A Saúde Pública nos Estados Unidos da América”.

Nesse documento, identificou-se a visão, população saudável em comunidades saudáveis, a missão, promover a saúde física e mental, e prevenir as doenças e as incapacidades, e os objetivos de saúde pública: 1) prevenção de epidemias e da propagação de doenças; 2) proteção contra o dano causado por fatores ambientais; 3) prevenção de incapacidades; 4) promoção de condutas saudáveis; 5) resposta a desastres e assistência a comunidades atingidas; e 6) garantia da qualidade e acesso a serviços de saúde.

O mesmo documento definiu 10 “serviços essenciais” de saúde pública, que vão desde o “monitoramento do nível de saúde para identificar problemas de saúde na comunidade” até a “investigação de enfoques e soluções inovadoras para os problemas de saúde”. Esses serviços originam o Programa Nacional de Padrões de Desempenho da Saúde Pública (NPHPSP).

4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Re-conceituação e inovação da gestão do SUS

Com as funções essenciais, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) introduz uma nova modalidade de cooperação com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), implementando novas práticas e tecnologias avaliativas.

O CONASS, com base nas necessidades crescentes das SES, desenvolve desde 2003 um projeto de fortalecimento da Gestão Estadual denominado “Progestores”. As Funções Essenciais de Saúde Pública, reconceituadas e adequadas ao SUS, ganharam espaço privilegiado nesta linha de trabalho com os estados, na medida em que se estabelece um processo particularizado e próprio de cooperação, com respeito aos processos internos da SES, sua história e cultura organizacional, valorizando o conhecimento acumulado do seu corpo técnico, assim como sua capacidade e autonomia institucional.

Este processo permitiu identificar os pontos fortes e os críticos do desempenho da Gestão Estadual, com participação decisiva da própria equipe dirigente e dos técnicos da SES, com vistas ao fortalecimento imediato da mesma, a partir dos resultados obtidos. Não se trata, portanto, de uma avaliação externa da gestão da saúde, nem de seus dirigentes, com finalidade de comparação e classificação entre elas, como também não se trata da produção de conhecimentos desvinculada do compromisso de intervenção na realidade.

Não há preocupação em estabelecer “médias nacionais” ou comparar resultados entre um e outro estado, como tampouco existe a pretensão de que as avaliações e os resultados obtidos sejam a “medida cientificamente aferida” das capacidades e da infra-estrutura da Gestão Estadual. Ao contrário, respeitado o caráter objetivo, sistemático e metodologicamente consistente do instrumento de avaliação, nessa iniciativa são enfatizados os aspectos políticos e ideológicos, desse movimento de construção de uma nova prática social e de novos sujeitos coletivos, direcionados a qualificação e a democratização da gestão do SUS.

A iniciativa do CONASS, denominada Fesp/SUS, foi possível graças à estreita colaboração com a Opas e pretende apoiar a consolidação e a melhoria dos sistemas de saúde estaduais com base em padrões exigentes, mas adequados as suas realidades específicas.

O SUS e o novo papel da Gestão Estadual

A Constituição da República Federativa do Brasil incluiu o Sistema Único de Saúde como parte da Seguridade Social, e tem como princípios fundamentais, a universalidade, a equidade, a descentralização, a integralidade e a participação da sociedade (BRASIL, 2001).

Essa definição ampliou o campo do direito a saúde, a responsabilidade do Estado em relação à proteção social, exigindo a convergência de políticas que garantam o cuidado à coletividade e as pessoas individualmente. A Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde como política de Estado e reafirmou a necessidade de fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, já iniciado anteriormente, como diretriz organizativa para garantir a equidade e a universalidade do acesso.

As Leis n. 8080/90 e n. 8142/90 definiram as competências das três esferas de governo na gestão dos sistemas de saúde (municipal, estadual e federal), ficando o município como ator principal na execução e gerenciamento dos serviços de saúde. Foram definidas atribuições comuns (Art. 15 da Lei n. 8080) e específicas (Art.16, 17 e 18 da Lei n. 8080) aos três entes federativos e instituídos órgãos de gestão colegiada (Tripartite e Bipartites), soluções criativas para a gestão integrada do sistema público de saúde. O artigo 17 da Lei n. 8080/90 delimitou as competências da Gestão Estadual do SUS. Apesar da definição das atribuições das três esferas de governo, o fato de haver um grande número de competências concorrentes (comuns) favoreceu uma grande “faixa cinzenta” de indefinições entre elas.

A participação social foi incorporada como princípio do SUS na Constituição e na Legislação Complementar (Leis n. 8080 e n. 8142/90) e deu lugar a criação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, em todos os municípios brasileiros, estados e União. Outros mecanismos formais de controle social foram sendo incorporados ao SUS, tais como, ouvidorias e disque-denúncia, com objetivo de ampliar o contato e os espaços de relação dos usuários com os serviços de saúde, criando novas formas de expressão e de defesa dos interesses dos indivíduos, dos grupos e da coletividade. Esse conjunto de iniciativas constitui outra importante inovação no âmbito das políticas públicas e da relação Estado - Sociedade no Brasil contemporâneo.

Na sociedade, para além dos Conselhos e Conferências, muitos espaços são criados e reformulados no cotidiano da vida das comunidades, seja de reflexão, auto-ajuda, resistência, solidariedade, sobrevivência, reivindicação e mobilização em torno das necessidades concretas da população e dos diferentes grupos sociais.

No caminho percorrido para a implementação do SUS, a descentralização, da gestão e do modelo de atenção a saúde, tem sido apontada como diretriz que esta de fato favorecendo a capilarização da rede de serviços, possibilitando o surgimento de novas demandas e ampliando o acesso da população, através de novos modelos e estratégias, como exemplo, o Programa de Saúde da Família. A municipalização da saúde foi a principal forma adotada para o desenvolvimento da descentralização da saúde, pelos órgãos de gestão colegiada e pelos atores políticos mais relevantes do SUS, ao longo da década de 1990. Isto propiciou uma maior responsabilização dos prefeitos e secretários municipais de saúde, no gerenciamento do sistema local.

Considerando-se a municipalização como a marca mais significativa da política de saúde que deu lugar de destaque aos executivos municipais na gestão dessa política, transferindo para o executivo municipal, na figura do prefeito e do secretário municipal de saúde, as principais decisões sobre essa política. Os prefeitos e políticos locais passaram a perceber a saúde como importante instância de legitimidade e de votos, o que poderia impulsionar inovações como também entraves, de acordo com os interesses do executivo e dos atores políticos preponderantes.

A municipalização autárquica propicia a fragmentação dos sistemas municipais e possibilita o surgimento de novas iniquidades, como as diferentes barreiras de acesso ao cidadão de municípios menores e de gestão incipiente, sem autonomia. Analisando o reforço no poder do executivo municipal pode ter ocorrido pela ausência das instâncias estaduais e federais, o que dificultou também a relação intermunicipal, a construção de sistemas intermunicipais (consórcios) e do próprio sistema de saúde, porque não estabeleceu a complementaridade e a hierarquia entre as instituições e serviços.

As mudanças organizacionais ocorridas no sistema público de saúde brasileiro na década de 90 retiraram as SES da linha de frente da prestação de serviços. O período foi caracterizado pela indefinição de muitas secretarias em relação ao seu novo papel e suas atribuições. O que evidenciou, em muitas delas, uma crise de governabilidade em decorrência de sua baixa capacidade institucional. A principal consequência dessa situação foi o vazio político e técnico ocorrido na maioria dos estados brasileiros no processo de municipalização, ficando frágil a articulação e coordenação dos sistemas estaduais e das redes de serviços para além da responsabilidade municipal.

Foi no final da década de 1990 que os estados ampliaram sua capacidade de intervenção, estabelecendo-se como atores na condução da política estadual e da regionalização da saúde. Isto se deve, em parte, as sucessivas crises da assistência nos

municípios de grande porte, a pressão da demanda por serviços de maior complexidade, e as exigências efetuadas pelos municípios de pequeno e médio porte para garantir as referências especializadas para as necessidades da sua população. Com o esgotamento do modelo hegemônico de descentralização em curso, tem lugar o debate sobre a implementação do SUS e surgem diferentes iniciativas em torno da regionalização da saúde, recolocando as SES no papel estratégico de coordenação dos sistemas estaduais e regionais de saúde.

A implementação de novos modelos assistenciais, baseados na universalidade, equidade, integralidade e participação popular, vem exigindo uma maior capacidade institucional das Secretarias Estaduais de Saúde, para o exercício de inúmeras funções, entre elas: a formulação de políticas, planejamento financiamento, regulamentação e normatização, garantia e regulação do acesso aos serviços de saúde, organização regionalizada da rede de serviços de saúde, monitoramento e avaliação do sistema estadual e articulação de esforços e cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde.

Tais funções adquiriram maior relevância com o desenvolvimento das redes de serviços assistenciais, e das redes sociais, e com a responsabilidade de conduzir e regular, com frequência, um sistema composto por entidades públicas e privadas atuando juntas para melhorar a saúde da população.

Um importante componente deste processo foi a articulação política e técnica dos gestores estaduais nos espaços da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aparecendo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) como importante ator na mobilização política e na capacitação dos gestores e técnicos das SES para o seu novo papel.

O movimento em prol do fortalecimento do papel do estado e da regionalização, como estratégia complementar a municipalização, além de revelar novos atores, colocou novos pactos e novos processos na agenda política, tais como: micro regionalização dos serviços de saúde, as bipartites regionais, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) com sistema de referência e contra-referência, novos modelos de contratação de serviços privados, a regulação do acesso, os consórcios intermunicipais de saúde, as câmaras regionais de controle e auditoria do SUS, entre outros.

Alguns estados, como Ceará, Mato Grosso e Paraná foram pioneiros neste processo, e contribuíram para a criação de modelos inovadores, que forneceram importantes subsídios para a formulação da Norma Operacional da Assistência (Noas 01/02) (BRASIL, 2004). A Noas foi um esforço institucional para transformar a agenda emergente em diretrizes operacionais: introduziu os Planos Regionais da Assistência (PDR), novos parâmetros para a

Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e novos modelos de redes integradas de serviços e planos de controle, regulação e avaliação. Apesar da sua rigidez normativa a NOAS contribui para ampliar o dialogo inter-gestores, para fortalecer a instancia estadual (SES) como protagonista na condução da política estadual, da regionalização e para propiciar a construção de novos saberes e práticas para o processo de cooperação com os municípios.

O atual momento de implementação do SUS coloca novas demandas que passaram a exigir novas tecnologias e metodologias de gestão, integradoras e participativas: a construção de redes de serviços integrados; a qualificação dos serviços e a satisfação dos usuários; o código dos direitos dos usuários; a humanização das relações entre profissionais e usuários; a integralidade da atenção e do cuidado; a formação e educação permanente; a co-gestão entre estados e municípios para gerenciamento da programação pactuada e das centrais de regulação do acesso; um processo de avaliação permanente de serviços e de sistemas de saúde; entre outros.

Nesse contexto, fica patente o esgotamento das normas operacionais como instrumentos e mecanismos para regular a descentralização e a organização dos sistemas e serviços de saúde. Evidencia-se a necessidade de novos modelos de gestão e pactuação para o enfrentamento dessas novas demandas e para a superação do paradigma normativo-instrumental. A constituição de modelos de gestão mais democráticos e flexíveis, sensíveis a diversidade e as diferentes realidades estaduais, regionais e municipais do país, é o desafio do momento.

Neste sentido o Pacto pela Saúde com seus três (3) componentes, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, aprovados em 2006, inauguram uma nova etapa no processo de consolidação do SUS e colocam no centro do debate a capacidade dos entes federativos de trabalhar de modo cooperativo, e não competitivo, de conquistar a adesão dos movimentos populares e da sociedade organizada para ampliar e fortalecer a legitimidade social e política do sistema público de saúde no Brasil, universal, justo e solidário.

As funções da saúde pública para a gestão do SUS

A lista a seguir inclui as onze funções adequadas e adaptadas para aplicação nos estados brasileiros:

Fesp/SUS n. 1: Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado;

- Fesp/SUS n. 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos a saúde;
- Fesp/SUS n. 3: Promoção da saúde;
- Fesp/SUS n. 4: Participação social em saúde;
- Fesp/SUS n. 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde;
- Fesp/SUS n. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde;
- Fesp/SUS n. 7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde;
- Fesp/SUS n. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde;
- Fesp/SUS n. 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde;
- Fesp/SUS n. 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.
- Fesp/SUS n. 11: Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde;

Entendendo o SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e 8142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os

riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação - Vigilância Epidemiológica são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária.

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região (<http://portal.saude.gov.br>).

Direitos

Existe uma carta referente aos seis princípios básicos de cidadania. Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A carta é também uma importante ferramenta para que você conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade.

Os princípios desta carta

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Considerando o art. 196 da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

INTERAÇÃO
Revista Científica da Faculdade das Américas
Ano III – número 2 – 2º semestre de 2009

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite apresentam a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e convidam todos os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e pessoas interessadas para que promovam o respeito destes direitos e assegurem seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

Assim, Todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde:

- I. O acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia;
- II. Nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema;
- III. Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário em condições seguras, que não implique maiores danos, para um estabelecimento de saúde com capacidade para recebê-lo;
- IV. O encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda;
- V. Quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio;

VI. As informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social;

VII. O acesso de que trata o caput inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva;

VIII. A garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente a pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes;

É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

I. Atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde;

II. Informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e / ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:

a) hipóteses diagnósticas;

b) diagnósticos confirmados;

c) exames solicitados;

d) objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos;

e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;

f) duração prevista do tratamento proposto;

g) no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou conseqüências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;

- h) finalidade dos materiais coletados para exames;
- i) evolução provável do problema de saúde;
- j) informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário.

III. Registro em seu prontuário, entre outras, das seguintes informações, de modo legível e atualizado:

- a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe multiprofissional, procedimentos e cuidados de enfermagem e, quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;
- b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam identificar sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;
- c) identificação do responsável pelas anotações.

IV. O acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

V. O recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:

- a) o nome genérico das substâncias prescritas;
- b) clara indicação da posologia e dosagem;
- c) escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível;
- d) textos sem códigos ou abreviaturas;
- e) o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;
- f) a assinatura do profissional e data.

VI. O acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar, quando pertinente, treinamento em auto cuidado que maximize sua autonomia ou acompanhamento em centros de reabilitação psicossocial ou em serviços de menor ou maior complexidade assistencial;

VII. Encaminhamentos para outras unidades de saúde, observando:

- a) caligrafia legível ou datilografados / digitados ou por meio eletrônico;
- b) resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;

- c) a não utilização de códigos ou abreviaturas;
- d) nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado;
- e) identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:

I. A identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;

II. Profissionais que se responsabilizem por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção;

III. Nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a:

- a) integridade física;
- b) privacidade e conforto;
- c) individualidade;
- d) seus valores éticos, culturais e religiosos;
- e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
- f) segurança do procedimento;
- g) bem-estar psíquico e emocional.

IV. O direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e / ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

V. Se criança ou adolescente, em casos de internação, continuidade das atividades escolares, bem como desfrutar de alguma forma de recreação;

VI. A informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;

VII. A opção pelo local de morte;

VIII. O recebimento, quando internado, de visita de médico de sua referência, que não pertença àquela unidade hospitalar, sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário.

O respeito à cidadania no Sistema de Saúde deve ainda observar os seguintes direitos:

I. Escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes na legislação, e ter sido informado pela operadora da existência e disponibilidade do plano referência;

II. O sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública;

III. Acesso a qualquer momento, do paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência;

IV. Recebimento de laudo médico, quando solicitar;

V. Consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou a recusa dados anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais;

VI. Não ser submetido a nenhum exame, sem conhecimento e consentimento, nos locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados;

VII. A indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;

VIII. Receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social;

IX. Ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento;

X. Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação;

XI. Saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e / ou diretores e gestor responsável pelo serviço;

XII. Ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade;

XIII. Participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços.

Deveres dos usuários

I. Prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e / ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde;

INTERAÇÃO
Revista Científica da Faculdade das Américas
Ano III – número 2 – 2º semestre de 2009

- II. Manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas;

- III. Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico;

- IV. Informar ao profissional de saúde e/ou à equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde;

- V. Assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde;

- VI. Contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando principalmente ruídos, uso de fumo, derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente;

- VII. Adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais usuários e trabalhadores da saúde;

- VIII. Ter sempre disponíveis para apresentação seus documentos e resultados de exames que permanecem em seu poder;

- IX. Observar e cumprir o estatuto, o regimento geral ou outros regulamentos do espaço de saúde, desde que estejam em consonância com esta carta;

- X. Atentar para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento;

- XI. Comunicar aos serviços de saúde ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados;

- XII. Participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida.

Os gestores

Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, se comprometem a:

- I. Promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação;
- II. Adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta carta, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres dos usuários, ora formalizada;
- III. Incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e nos órgãos de controle social do SUS;
- IV. Promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta carta;
- V. Adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do sistema de saúde;

Responsabilidade pela saúde do cidadão

Compete ao município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população” – Constituição da República Federativa do Brasil, art. 30, item VII.

Das responsabilidades:

- 1 – Gerenciar e executar os serviços públicos de saúde;
- 2 – Celebrar contratos com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como avaliar sua execução;
- 3 – Participar do planejamento, programação e organização do SUS em articulação com o gestor estadual;

INTERAÇÃO
Revista Científica da Faculdade das Américas
Ano III – número 2 – 2º semestre de 2009

- 4 – Executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- 5 – Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- 6 – Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, assim como controlar e avaliar sua execução;
- 7 – Participar do financiamento e garantir o fornecimento de medicamentos básicos;

As responsabilidades dos Governos Estaduais e do Distrito Federal:

- 1 – Acompanhar, controlar e avaliar as redes assistenciais do SUS;
- 2 – Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios;
- 3 – Executar diretamente ações e serviços de saúde na rede própria;
- 4 – Gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional;
- 5 – Acompanhar, avaliar e divulgar os seus indicadores de morbidade e mortalidade;
- 6 – Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir os medicamentos de alto custo em parceria com o governo federal;
- 7 – Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador;
- 8 – Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com a União e municípios;
- 9 – Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

As responsabilidades do Governo Federal:

- 1 – Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal;
- 2 – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- 3 – Formular, avaliar e apoiar políticas nacionais no campo da saúde;
- 4 – Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância sanitária e epidemiológica;
- 5 – Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em parceria com estados e municípios;
- 6 – Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir para os estados os medicamentos de alto custo;
- 7 – Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com estados e municípios;

- 8 – Participar na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- 9 – Elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- 10 – Auditar, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, baseado na literatura, vem agregar conhecimento para uma consciência contemporânea de gestão na área de atuação em saúde, focando os movimentos mais importantes deste novo século para a área em questão.

Trabalhar com a gestão das condições agudas para a gestão das condições crônicas, da gestão baseada em opiniões para a gestão baseada em evidências e da gestão dos meios para a gestão dos fins, foi de grande importância para se pensar em quais rumos o gestor contemporâneo tem que se guiar. Relatar as habilidades e competências de um novo gestor é um papel importante a ser discutido e avaliado neste novo período em que vivemos. Temos que nos aprimorar cada vez mais, visando sempre à qualidade de um resultado.

No item Saúde Pública foi muito interessante trabalhar o todo, partindo da saúde nas Américas, indo pra sua definição e ao mesmo tempo englobando suas funções com a Gestão do SUS, que por sinal foi outro item de grande importância no trabalho, definir o Sistema Único de Saúde, seu papel na Gestão Estadual, sua re-conceituação e inovação, deixando registrados os direitos, os deveres dos usuários deste sistema e também dos gestores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS*. Brasília: 2004. (Conass Documenta, 6).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília: 2003. Conass Progestores.

INTERAÇÃO
Revista Científica da Faculdade das Américas
Ano III – número 2 – 2º semestre de 2009

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender o pacto pela saúde: legislação e notas do Conass*. In: SEMINARIO DO CONASS, Brasília, 2006. Anais Brasília: Conass, 2006.

BRASIL. *Definição de prioridades em saúde: os Conselhos Municipais de Saúde e os critérios para hierarquização de prioridades*. Porto Alegre: Dacasa, 2002. (Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde – PDG Saúde).

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental*. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 151-67. (Serie Didática - Saúde em Debate, 108).

MEDINA, Maria Guadalupe et al. *Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais*. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro, ano 2003.

Ministério da Saúde, 2003. (Serie Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 2).

Portal da Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude>.

Portal FIOCRUZ. Disponível em www.fiocruz.br.

(PP&G) e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL.