

**Pós-graduação em
Saúde Pública**

Gestão em Saúde

Prof. Augusto César Costa Cardoso



Conexões entre...

◆ Gestão

◆ Planejamento

◆ Políticas

Ementa



- ◆ **Gestão de pessoas.**
- ◆ **P & G**
- ◆ **Fundação Estatal**
- ◆ **Características organizacionais do SUS.**
- ◆ **Bases conceituais da atuação do Estado na sociedade contemporânea.**
- ◆ **Reforma do Estado no Brasil e implicações na gestão em saúde.**
- ◆ **Bases legais do sistema de saúde brasileiro – SUS.**

Considerações iniciais...

- ◆ Um dos componentes centrais do sucesso ou eficácia das ações de saúde (de diferentes tipos: promoção, proteção, recuperação, reabilitação etc.) relaciona-se com as características do processo de **gestão dos serviços de saúde.**

(Silva, 1994)



Considerações iniciais...

◆ **A gestão envolve os diversos níveis da organização de um determinado serviço de saúde:**

- 1. Político;**
- 2. Técnico-administrativo;**
- 3. Técnico-operacional.**

Considerações iniciais...



- ◆ **O processo de gestão requer a incorporação dos pontos de vista dos diversos atores sociais envolvidos.**

Considerações iniciais...

- ◆ **A definição de estratégias e a construção de viabilidade implica o envolvimento de agentes e usuários, o que corresponde a uma perspectiva de democratização da sociedade e do Estado.**



Parte I

Gestão



Atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.



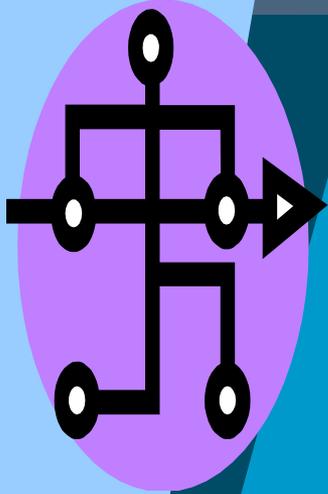
Gestão de Pessoas

- ◆ Provisão de recursos humanos: RECRUTAMENTO E SELEÇÃO;
- ◆ Aplicação de Recursos Humanos: INTEGRAÇÃO, DESENHO E ANÁLISE DE CARGOS;
- ◆ Desenvolvimento de Recursos Humanos: TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL;
- ◆ Manutenção de Recursos Humanos: BENEFÍCIOS SOCIAIS E RELAÇÕES TRABALHISTAS;
- ◆ Monitoração de Recursos Humanos: SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DE RH (Software);

Gestão de Pessoas

- 
- ◆ Levando em consideração as mudanças que ocorrem no mercado de trabalho e nas relações empresa/funcionário, as organizações precisam ter estratégias claras, sustentadas por uma gestão participativa. Deve-se criar um laço estreito entre todos os níveis de relacionamento, tanto interno como externo, do quadro funcional até os clientes e fornecedores.
 - ◆ O principal modelo de gestão de pessoas atualmente é a **GESTÃO POR COMPETÊNCIAS**.
 - ◆ Devido à importância da participação do RH e dos Gestores na Gestão por Competência, é necessário trabalhar no **DESENVOLVIMENTO DE VERDADEIROS LÍDERES**.

Líder do Passado



Ser um chefe
Controlar as pessoas
Centralizar a autoridade
Estabelecimento de objetivos
Dirigir com regras e regulamentos
Confrontar e combater
Mudar por necessidade e crise
Ter um enfoque eu e meu departamento





Líder do Futuro (Atual)

- Ser um coach e facilitador
- Empowerment
- Distribuir a liderança
- Conciliar visão e estratégia
- Guiar com valores compartilhados
- Colaborar e unificar
- Ter um enfoque mais amplo
- Ter um enfoque de minha empresa



Principais tendências de P & G em saúde no Brasil

- ◆ Gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas;
- ◆ O Planejamento estratégico comunicativo (núcleos da ENSP/Fiocruz);
- ◆ A escola da ação programática da Faculdade de Medicina da USP;
- ◆ A corrente da Vigilância à Saúde

(Rivera & Artmann, 2010)

Principais tendências de P & G em saúde no Brasil

• **GESTÃO ESTRATÉGICA DO LABORATÓRIO DE PLANEJAMENTO (LAPA)**

Faculdade de Medicina de Campinas

Modelo de Gestão colegiada e democrática:

- ◊ Forte autonomia
- ◊ Colegiado de gestão
- ◊ Comunicação lateral
- ◊ Ênfase na avaliação

Pensamento estratégico (Testa), Planejamento estratégico-situacional (PES de Matus), Qualidade total, Análise institucional

Principais tendências de P & G em saúde no Brasil

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMUNICATIVO (núcleos da ENSP/Fiocruz)

- ◊ Gestão pela escuta
- ◊ Práticas de argumentação
- ◊ Negociação
- ◊ Dimensão cultural
- ◊ Redes de conversação

Teoria da ação comunicativa – TAC (Habermas) e
Enfoque planejamento/gestão estratégica de hospitais

Principais tendências de P & G em saúde no Brasil

A ESCOLA DA AÇÃO PROGRAMÁTICA

Faculdade de Medicina da USP

Formas multidisciplinares de trabalho em equipe:

- ◊ Processo de trabalho em saúde
- ◊ Integração entre serviços
- ◊ Uso da epidemiologia

Teoria da ação comunicativa – TAC (Habermas)

Principais tendências de P & G em saúde no Brasil

A CORRENTE DA VIGILÂNCIA À SAÚDE

- ◊ Inversão do modelo assistencial
- ◊ Aplicação de PES no processamento de problemas transversais
- ◊ Atuação intersetorial (promoção à saúde)
- ◊ Saúde da família (rede básica)

Planejamento estratégico-situacional (PES de Matus)

Gestão Participativa no SUS



- ◆ A discussão do tema controle social e democracia participativa, que apesar de estarem continuamente em debate, ainda são muito importantes para a: transformação das **relações de poder**, rapidez na **solução de conflitos**, melhoria das formas de gestão pública e melhores resultados para a vida da população em geral.



Paçto de Gestão no SUS???

- ◆ Intensa transferência negociada de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para municípios e estados.



Gestão plena do SUS será debatida por vereadores

Audiência pública abordará, neste sábado, repasse de verbas destinadas à Saúde

KATHERINE FUNKE

A partir do ano que vem, Salvador terá a responsabilidade de gerir os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os procedimentos realizados na saúde pública, incluindo os de média e alta complexidades. Atualmente, a prefeitura se responsabiliza apenas pela atenção básica.

A capital baiana está, ao lado de Vitória (ES), Porto Velho (RO) e Manaus (AM), entre as últimas do País a assumir a chamada gestão plena do SUS. O Rio de Janeiro havia assumido, mas foi descredenciado pelo Ministério da Saúde no ano passado, durante a intervenção federal.

Neste sábado, os vereadores discutem a questão na terceira audiência pública promovida pela Câmara Municipal sobre a Lei Orçamentária Anual (LOA) e o



CARLOS CASAES - 24/03/2005.

Serviços nos postos de saúde podem ter melhoria com novo modelo de gestão de recursos

Secretário aposta na descentralização

A decisão de trazer a gestão plena do SUS para Salvador foi tomada por vontade política. Não há lei que obrigue os municípios a fazê-lo, embora seja uma meta da Constituição Federal. O secretário municipal da Saúde, Luís Eduardo Portela, acredita que a descentralização trará mais eficiência na alocação dos recursos para as necessidades locais e maior possibilidade

de controle da sociedade sobre os serviços.

Também é a expectativa de especialistas no sistema, como o professor titular em política de saúde Jairnilson Silva Paim, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Um dos idealizadores do SUS, Paim afirma que a gestão plena ao município aumenta a governabilidade da cidade so-

bre o sistema.

A descentralização do serviço público de saúde foi uma das metas da sua criação, na década de 80. Com o tempo, os estados da federação passaram a ser responsáveis pela gestão plena, assumindo o papel do governo federal. Salvador assumiu a atenção básica há sete anos. Em junho de 1998, passou a geren-

ciar os postos de saúde, então gerenciados pelo Estado.

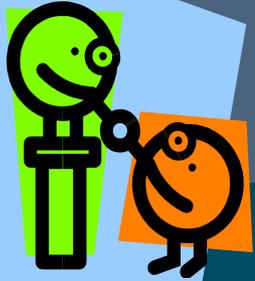
SERVIÇO

O que: audiência pública para discutir o orçamento de saúde para 2006-2009

Quando: sábado, dia 29, às 9 horas

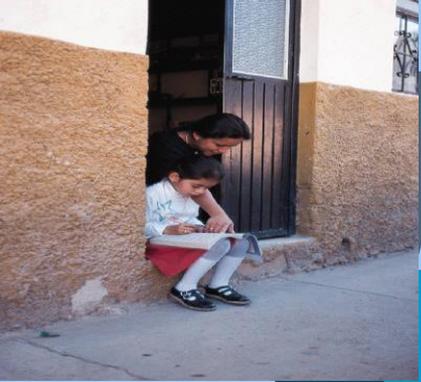
Onde: auditório da Reitoria da Universidade Federal da Bahia, no Canela

A implantação do SUS



- ◆ Exigiu mecanismos de regulação dinâmicos que permitissem, em cada estágio de implementação do sistema, redefinir estratégias aplicáveis a cada momento.
- ◆ Dentre as várias estratégias adotadas no processo de descentralização do SUS, vale destacar o papel das *Normas Operacionais Básicas de Saúde*, das *Comissões Intergestores*, dos mecanismos entre *fundos de saúde* e do processo de *habilitação de estados e municípios*.

A implantação do SUS



- ◆ RESPEITANDO AS SINGULARIDADES, REALIDADES LOCAIS E PORTE DOS MUNICÍPIOS PARA PENSAR O PAPEL DE GESTOR...
- ◆ **Ex.: Dos 5.564 municípios brasileiros... 70% tem menos que 20.000 hab., apenas 31 tem mais de 500.000 hab. e 299 tem de 50.000 a 100.000 hab.**



A CARTA DE NATAL (2004)

- ◆ INDICOU A NECESSIDADE E OPORTUNIDADE DA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO **“PACTO DE GESTÃO”** DO SUS, QUE RESPEITASSE A AUTONOMIA DAS ESFERAS DE GOVERNO E EXIGIA O CUMPRIMENTO DE SUAS COMPETÊNCIAS NO SUS,
- ◆ SUBSTITUINDO A EXCESSIVA NORMATIZAÇÃO E A LÓGICA DA HABILITAÇÃO POR OUTRA DE ADESÃO E DE COMPROMISSO COM RESULTADOS.

A CARTA DE NATAL (2004)

- ◆ **RESSALTOU-SE QUE SERIA PRECISO DESENVOLVER UM NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO BALIZADO PELA EQUIDADE;**
- ◆ **RESPEITANDO ESPECIFICIDADES LOCAIS E REGIONAIS, SUPERANDO O REPASSE FRAGMENTADO POR PROJETOS E PROGRAMAS E**
- ◆ **ESTIMULANDO A SOLIDARIEDADE ENTRE AS 3 ESFERAS DE GOVERNO, GARANTINDO MAIOR PARTICIPAÇÃO DA ESFERA ESTADUAL,**
- ◆ **APOIANDO IRRESTRICTAMENTE, A REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29 (13/09/2000).**

EMENDA CONSTITUCIONAL 29

- ◆ *Assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.*



◆ **AS FUNDAÇÕES
ESTATAIS SAÚDE DA
FAMÍLIA (FESF-SUS)
A PARTIR DE 2010 ????????**

Parte II



◆ *Comando e Controle
pressupõem
concentração de Poder*



Autoritarismo??????????

A centralização do poder em núcleos de gerência ainda é a pedra de toque das múltiplas variedades de métodos de gestão hoje existentes.

(CAMPOS, 2000)

Dominação com legitimidade



- ◆ Chamamos de “dominação” a probabilidade de encontrar obediência para ordens específicas (ou todas) dentro de determinado grupo de pessoas.

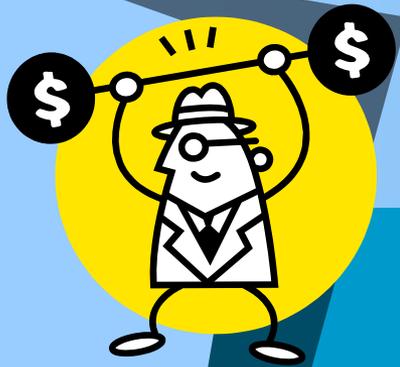
(WEBER, 1994)

Unidade de Comando ??

- ◆ PARA A EXECUÇÃO DE UM ATO QUALQUER, UM AGENTE DEVE RECEBER ORDENS SOMENTE DE UM CHEFE.



(FAYOL, 1981)



Divisão de poder no SUS

- ◆ Em que pese as divergências quanto à divisão de poder entre as esferas de governo, a tendência é que **os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade (e o poder)** pelo relacionamento com os prestadores de serviço.



Divisão de poder no SUS para a melhoria do sistema de saúde

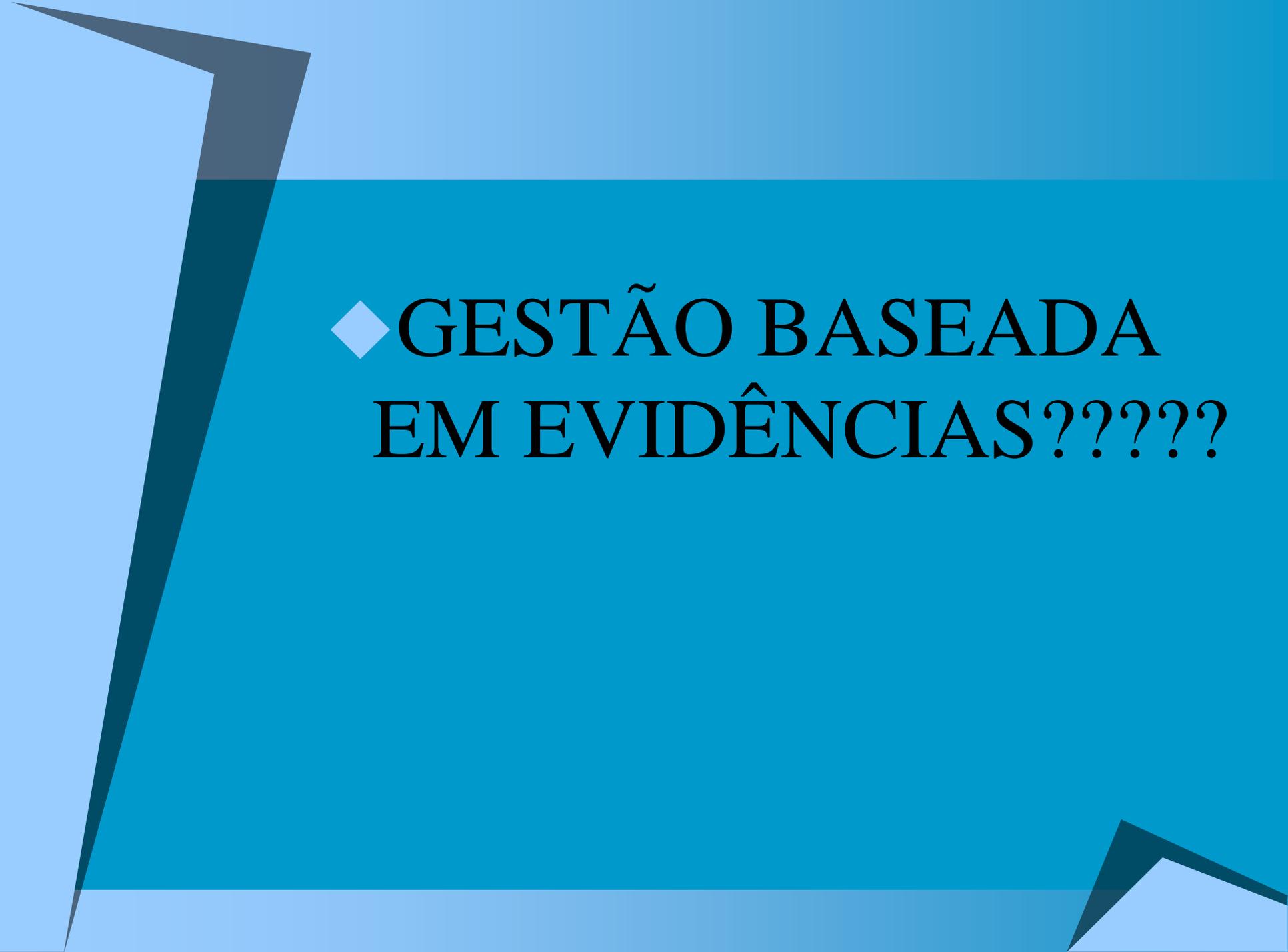
- ◆ Desde a década de 90 (séc. XX) houve intensa transferência negociada de responsabilidade, atribuições e recursos do nível federal.

...NO QUE RESULTA MELHORIAS NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS A PARTIR DE PLANEJAMENTO E DECISÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS, E NÃO SOMENTE POLÍTICAS ELEITOREIRAS.

Objetivos dos sistemas de saúde



- ◆ O alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa.
- ◆ A garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos-
financiamento equitativo.
- ◆ O acolhimento dos cidadãos – mede as expectativas de como gostariam ser tratados.
- ◆ A efetividade dos serviços de saúde (evitar sobreuso e subuso)- serviço baseado em evidência.
- ◆ A eficiência dos serviços de saúde: técnica, econômica e alocativa (juízo de valor baseado no mérito relativo a serviços alternativos).



◆ GESTÃO BASEADA
EM EVIDÊNCIAS?????

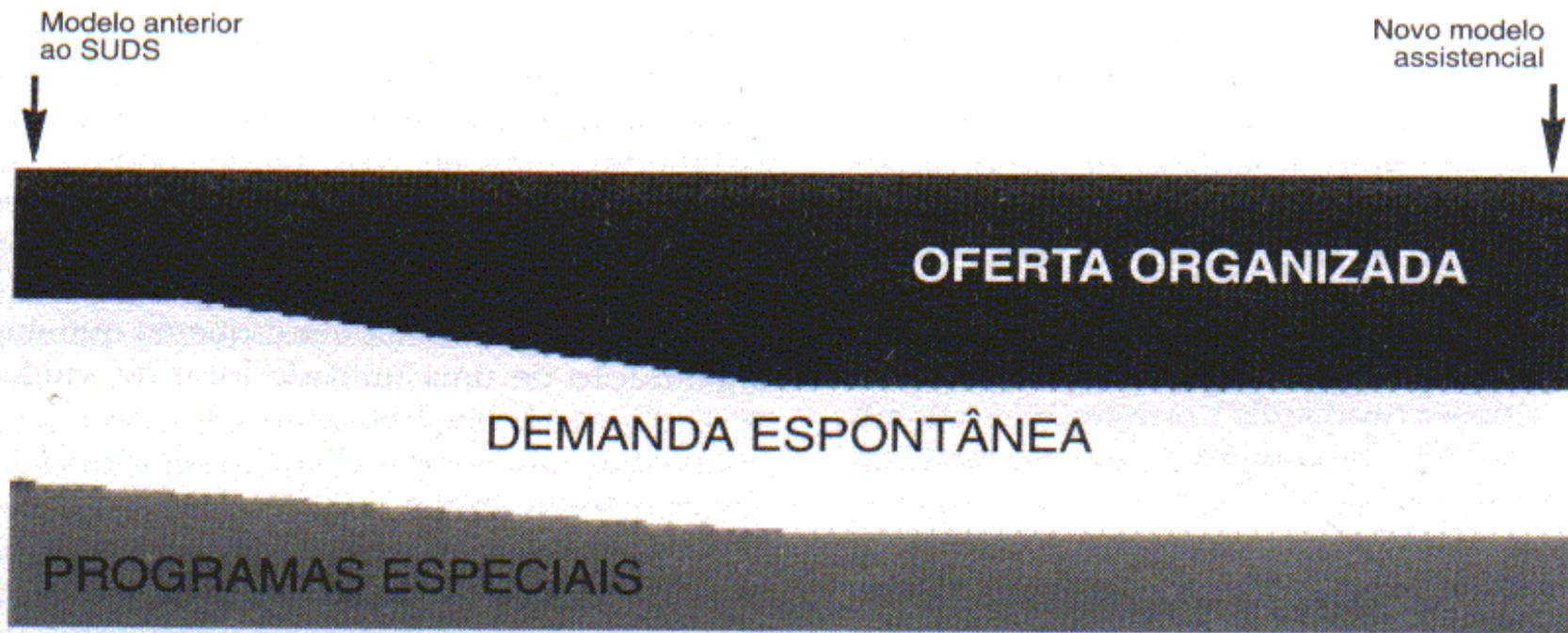


Fig. 20-1. Diagrama de transição para o novo modelo assistencial.

Descentralização



Municipalização



Gestão da saúde

Gestão



Atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Gestão x Gerência



A função de gestão é exclusivamente pública e, por isso, não pode ser transferida nem delegada.

Já a administração ou gerencia pode ser pública ou privada na dependência da natureza da propriedade da unidade de saúde ou do modelo de administração adotado.

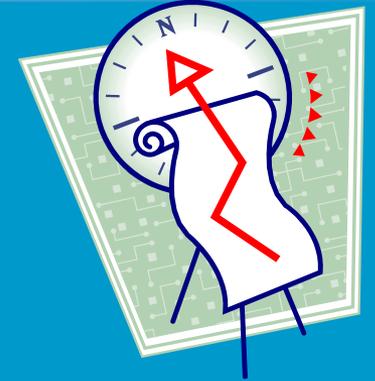
A GESTÃO compreende:

- ◆ Planejamento
- ◆ Organização
- ◆ Direção
- ◆ Execução
- ◆ Acompanhamento
- ◆ Avaliação





◆ Planejamento

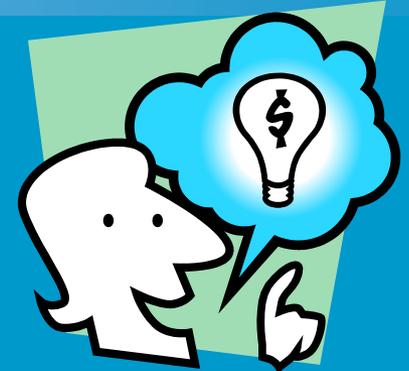


Deve ocorrer de forma contínua e circular em relação aos demais componentes do processo de gestão.

Planejamento

Momentos:

- ◆ Diagnóstico
- ◆ Programação
- ◆ Definição de estratégias
- ◆ Execução
- ◆ Avaliação



Organização

- ◆ A organização consiste na definição dos níveis de autoridade, na divisão técnica do trabalho com a atribuição de funções e responsabilidades.

A estrutura organizativa clássica tem a forma piramidal, sendo a sua base representada pelo nível técnico-operacional, onde estão situados os profissionais de saúde.



Direção



- ◆ É um outro componente que influencia fortemente na operacionalização de programas.

A função de direção se relaciona diretamente com a maneira pela qual o objetivo ou os objetivos devem ser alcançados através da atividade das pessoas que compõem a organização.





- Para que o planejamento e a organização sejam eficazes as peessoas responsáveis pela execução da tarefa devem ser designadas, motivadas e acompanhadas. Isto relaciona-se com a capacidade de liderança e influência dos dirigentes.

Execução



- ◆ **A operacionalização requer a existência tanto de estruturas de organização do trabalho como políticas relacionadas com o manejo de pessoal.**

Acompanhamento

- ◆ **Todas as etapas necessitam de acompanhamento para possíveis diagnósticos e alterações.**



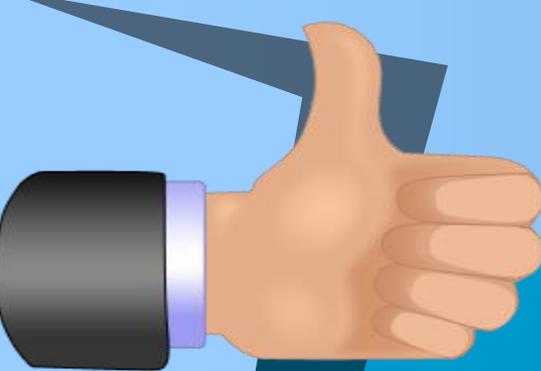
Avaliação



- ◆ Avaliar significa julgar, comparar resultados com objetivos.

Para a gestão, o processo de avaliação é um dos seus principais componentes e corresponde à apreciação sistemática de pertinência, da suficiência, dos progressos, da eficiência, da eficácia e dos efeitos de um programa de saúde.

Avaliação

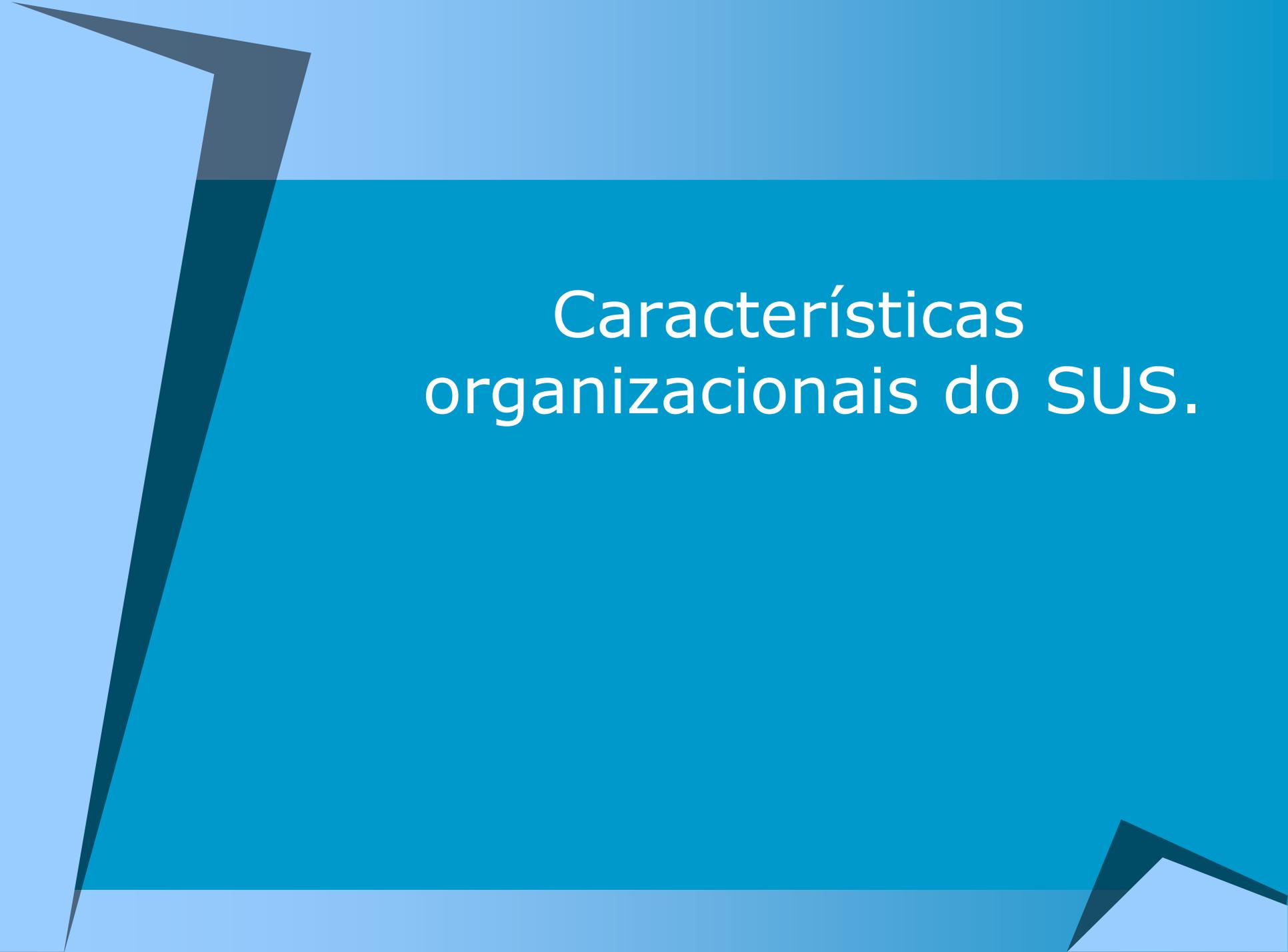
- 
- ◆ **Corresponde ao acompanhamento, monitoramento das ações, comparação dos resultados das atividades programadas com os objetivos e os parâmetros, na perspectiva do planejamento circular.**

Avaliação



◆ **As principais abordagens avaliativas se referem a:**

1. Estrutura;
2. Processo;
3. Resultados;
4. Produto.



Características organizacionais do SUS.

As principais diretrizes do SUS

- ◆ UNIVERSAL, permitindo o acesso irrestrito a todos os brasileiros;
- ◆ DESCENTRALIZADO, com ênfase à **gestão** municipal (local);
- ◆ COM REDES REGIONALIZADAS E HIERARQUIZADAS DE SERVIÇOS, permitindo mecanismos de integração e sistemas de referência;

As principais diretrizes do SUS

- ◆ INTEGRAL, oferecendo todos os tipos de serviços, voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação;
- ◆ COM GESTÃO ÚNICA em cada esfera de governo;
- ◆ COM PARTICIPAÇÃO E CONTROLE da comunidade.

As principais diretrizes do SUS

- ◆ Tudo isto é fruto de mobilizações sociais, em especial o Movimento da Reforma Sanitária, envolvendo trabalhadores do setor saúde, população e setor acadêmico e que resultaram na organização da VIII CNS e conseqüentemente na mobilização para aprovação do avançado texto da Constituição Federal Cidadã, em 1988.

Gestão única em cada esfera de governo

- ◆ O objetivo final é que cada esfera de governo seja capaz de assumir a responsabilidade sanitária plena para melhorar a qualidade de vida e saúde da população.



Regulação e Financiamento PÚBLICO no SUS

- ◆ as atividades de prestação de serviços podem ser ofertadas pela iniciativa privada de forma complementar quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial, porém submetida ao controle e fiscalização pelo poder público (artigo 197)



No SUS a Regulação e Financiamento- PÚBLICO



- ◆ “É necessário promover eficiência na gestão dos serviços, corrigindo distorções e desperdícios no uso dos recursos, além de agilizar o repasse automático dos mesmos para os estados e municípios”



No SUS a Regulação e Financiamento- PÚBLICO

- ◆ **A Complementariedade do setor privado -**
Cada município/região deverá estabelecer, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o quê, em que nível e em que lugar.
- ◆ a constituição definiu que quando for necessário contratar serviços privados, por insuficiência do setor público, isto deve se dar sob três condições:

No SUS a Regulação e Financiamento- PÚBLICO

- ◆ 1- celebração de contrato conforme as normas de direito público, ou seja, o interesse público prevalecendo sobre o particular;

No SUS a Regulação e Financiamento- PÚBLICO

2- a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS.

Prevalecem, assim, os princípios de universalidade, equidade etc. como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;

No SUS a Regulação e Financiamento- PÚBLICO

3- a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Relações entre estados e municípios na Descentralização

- ◆ **ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO DOS PACTOS (DE GESTÃO) INTERESFERAS GOVERNAMENTAIS MEDIADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE PELAS NORMAS OPERACIONAIS.**



Condições de gestão ou modelos de gestão do SUS

- ◆ Foram primeiramente estabelecidos na NOB 93 e dizem respeito ao estágio de desenvolvimento do processo de descentralização do Sistema em cada estado e município.
- ◆ Os modelos foram então definidos como Incipiente, Parcial e Semiplena, envolvendo um conjunto de exigências e prerrogativas.

Condições de gestão ou modelos de gestão do SUS

- ◆ Ao assumir o repasse de recursos fundo - a - fundo entre a União, Estados e Municípios, a NOB 96 redefine estes estágios, estabelecendo para os municípios as Gestões Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal, enquanto para os estados foram estabelecidos as Gestões Avançadas do Sistema Estadual e Plena do Sistema Estadual.

Condições de gestão ou modelos de gestão do SUS

- ◆ A NORMA OPERACIONAL DA ASSISTENCIA A SAUDE de 2002 atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

Condições de gestão ou modelos de gestão do SUS

- Os municípios podem habilitar-se na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e os estados podem habilitar-se em duas condições:
- ◆ Gestão Avançada do Sistema Estadual e
 - ◆ Gestão Plena do Sistema Estadual.

PARTE III

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS)



- ◆ *Vai promover o primeiro programa no Brasil de desenvolvimento interfederado da Estratégia de Saúde da Família e a primeira carreira (com plano de emprego e salário) brasileira de abrangência estadual para os profissionais que trabalham nas ESF.*

• **Com isto se espera criar uma rede (de qualidade) de serviços de atenção básica nos Estados, a qual deve integrar todos os entes políticos responsáveis pela saúde.**

Programa de desenvolvimento interfederado da Estratégia de Saúde da Família



- ◆ *Será objeto de gestão associada de serviço e executado, mediante contrato administrativo, pela FESF, fundação pública intermunicipal, de direito privado, prestadora de serviços públicos, integrante do SUS que tem a finalidade de desenvolver atividades de atenção à saúde, em especial, a Estratégia SF, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.*

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS)

- ◆ No dia 09/07/2009, na Bahia, contava com mais de 240 municípios aderidos (A ADESÃO dos municípios é opcional).
- ◆ Após a criação foram eleitos os representantes do Conselho Curador (espaço colegiado e deliberativo) e elaborado o PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO INTERFEDERADO DA ESF DA BAHIA COMO UM PROGRAMA DO SUS-BAHIA

VANTAGENS DA FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS) PARA OS GESTORES



- **ATRAÇÃO E FIXAÇÃO** de profissionais e garantia de ações e serviços de qualidade sem interrupção com **GESTÃO DA CARREIRA E DO VÍNCULO** compartilhada com a FESF solucionando importante problema dos municípios.



- **REGULAÇÃO DO MERCADO DE TRABALHO** acabando com o leilão que acontece hoje e que alimenta o mercado predatório entre os municípios.

VANTAGENS DA FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS) PARA OS GESTORES



- ◆ APOIO À QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL e oferta de novos instrumentos para melhorar a qualidade dos serviços, tais como avaliação de desempenho e metas de qualidade para cada equipe.
- Programa de equidade garantindo subsídios aos municípios mais pobres e com maiores dificuldades de fixação de profissionais, além de facilitar o cuidado de populações rurais, quilombolas, presidiárias e indígenas ?

VANTAGENS DA FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS) PARA OS TRABALHADORES



- DESPRECARIZAÇÃO E GARANTIA dos direitos trabalhistas e previdenciários ?

- SEGURANÇA E PERSPECTIVA de carreira.

- ESTABILIDADE DAS ESF eliminando a vulnerabilidade do trabalho.

- POSSIBILIDADE DE MUDAR DE MUNICÍPIO ao longo da vida funcional.



Bases conceituais da atuação
do Estado na sociedade
contemporânea.

Democracia

Cidadania

Controle social

Participação popular

Justiça social

Equidade

Descentralização



- ◆ O Estado é uma sociedade, pois se constitui essencialmente de um grupo de indivíduos unidos e organizados permanentemente para realizar um objetivo comum.
- ◆ E se denomina sociedade política porque tendo sua organização determinada por normas de direito positivo, é hierarquizada na forma de governantes e governados e tem uma finalidade própria, o BEM COMUM ou BEM PÚBLICO.

(Azambuja, 1990)



- ◆ **A democracia direta fora o ideal de Rousseau que, criticando o sistema representativo, havia sentenciado que o povo pensa ser livre, mas muito se engana;**
- ◆ **só é livre durante a eleição dos membros do parlamento.**



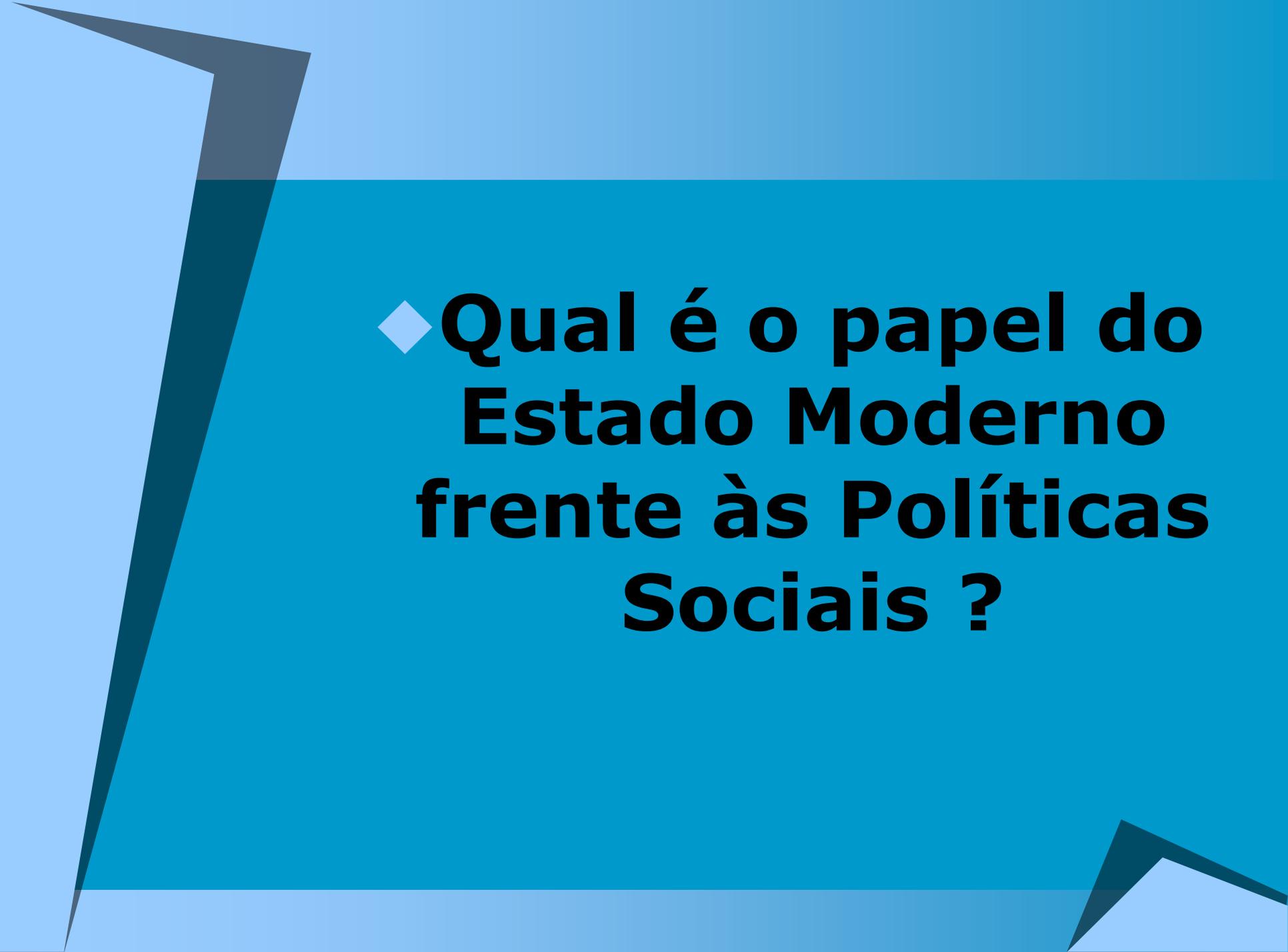
(Bobbio, 2000)

- ◆ **Mesmo assumindo a função do Estado ao mínimo – manter a ordem e administrar justiça – já essa tarefa é tão árdua e difícil na sociedade moderna, e é tão limitada a capacidade humana, que os governantes não se saem dela muito airosos.**
- ◆ **A justiça, não obstante todos os progressos e melhorias, é cara e morosa para todos, e quase inacessível para os humildes.**

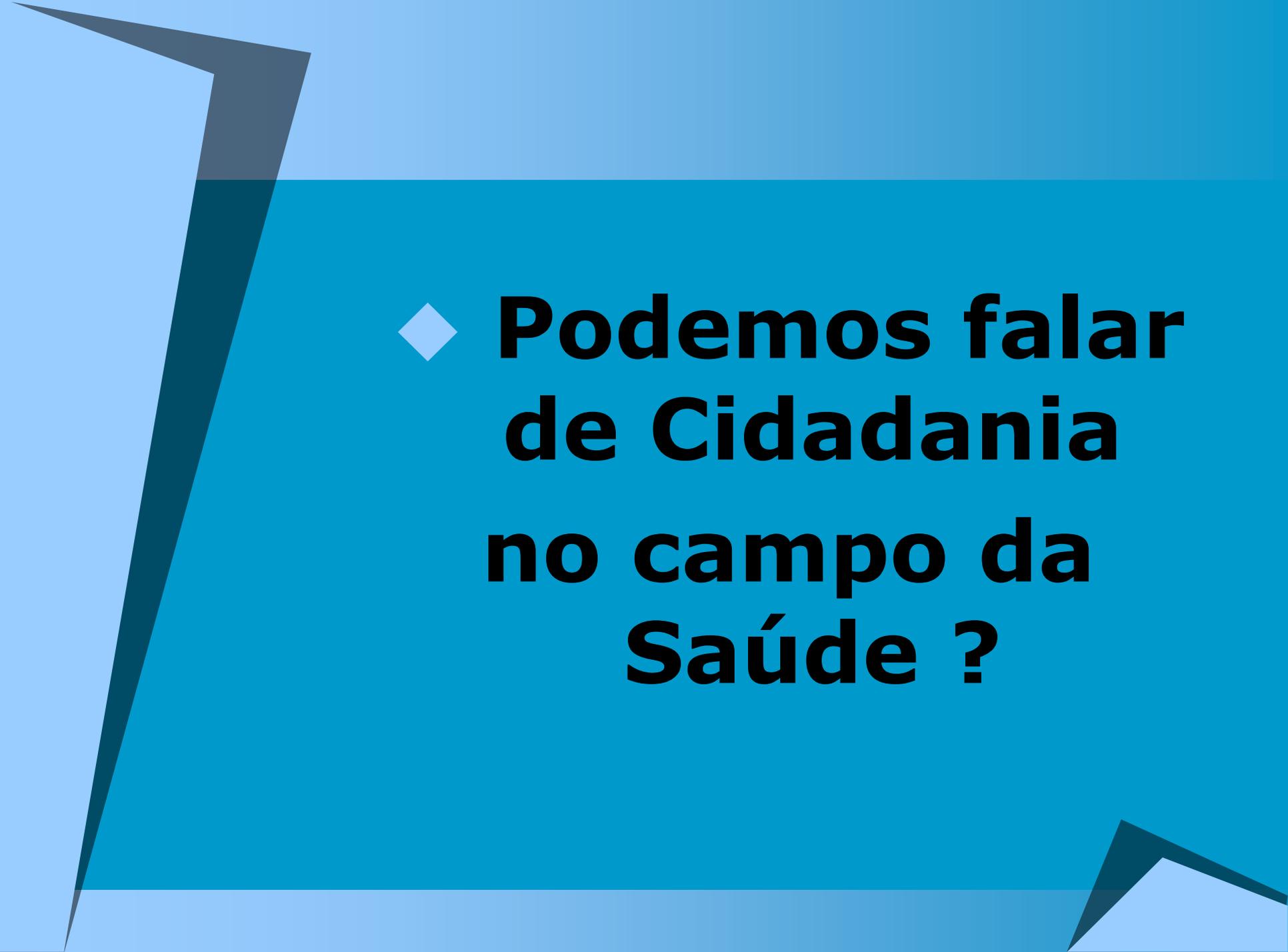
(Azambuja, 1990)

- ◆ A organização política, que deveria ser um aparelho regulado, seguro e rápido para cumprir com eficiência um objetivo certo e limitado, transformou-se numa engrenagem monstruosa e desconjuntada. Nas mãos de bons governantes, pouco eficiente; na dos maus, um engenho infernal...

(Azambuja, 1990)



◆ Qual é o papel do Estado Moderno frente às Políticas Sociais ?



◆ **Podemos falar
de Cidadania
no campo da
Saúde ?**

- ◆ **Igualdade** é o “*principio pelo qual todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos*”¹.



¹ KOOGAN/HOUAISS. Enciclopédia e Dicionário Ilustrado. Edições Delta, Rio de Janeiro, 1997.

Igualitário, portanto, é o “sistema que preconiza a igualdade de condições para todos os membros da sociedade”; onde igualdade corresponde a “justiça, eqüidade, relação entre indivíduos em virtude da qual todos eles são portadores dos mesmos direitos fundamentais que provêm da humanidade e definem a dignidade humana”².

Ao revés, desigualdade é considerada como sinônimo de injustiça, iniquidade, relações onde os direitos fundamentais são desrespeitados e a dignidade ferida.

Desigualdades em Saúde

Dados apresentados pelo IBGE mostram que mais de um terço das mulheres com 40 anos ou mais (34,4%) nunca se submeteu ao exame clínico das mamas, ao passo que quase dois terços das brasileiras com mais de 50 anos, isto é, na faixa de risco, jamais fizeram mamografia - a proporção de examinadas pelo menos uma vez é de 41,2%.

A pesquisa mostra que 15,9% da população brasileira, ou 27,9 milhões de pessoas, declararam jamais ter ido ao dentista. O índice é mais crítico (22,1%) na faixa dos 5 aos 19 anos.

Objetivo central de toda política pública

diminuir desigualdades - diante da impossibilidade de eliminá-las -

Buscar essa redução é, também, requisito para que uma política pública possa ser considerada como *social*, já que nem toda ação governamental tem essa virtude apenas por que se situa em setores sociais como saúde, educação, previdência, habitação.

Organização da prática médica no Estado moderno

- ◆ Inicialmente sem o amparo dos conhecimentos científicos da programação, administração e gestão.
- ◆ Prevaleceu a programação empírica em saúde no século XIX – reformas sanitárias
- ◆ Depois, as Campanhas sanitárias e vacinação em massa, no século XX
- ◆ Mais tarde, Programação da rede básica de serviços permanentes de saúde (Centros de Saúde) – unidades assistenciais curativas

Administração



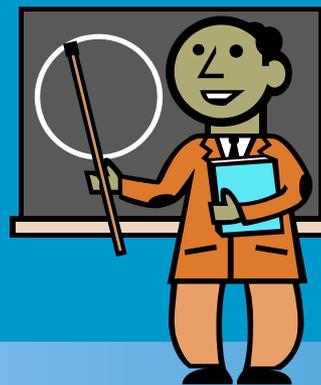
- ◆ Lógica fordista, taylorista na saúde

Ganho de novos instrumentos/equipamentos e soluções gerenciais nos aspectos referentes aos seus "tempos" e "movimentos"

Extensão em termos de cobertura e ganhos de mercado – otimização da produção

Partes de gerenciamento de serviço

- ◆ Acesso
- ◆ Instrumentos de programação
- ◆ Execução
- ◆ Controle
- ◆ Avaliação





Reforma do Estado no Brasil.

- ◆ **Pode-se falar em mais de uma reforma no Estado brasileiro, mas a redemocratização a partir do período pós-ditadura militar que se iniciou em 1964 e somente findou 20 anos mais tarde, demarca uma profunda reforma em vários setores, dos quais se incluem os sociais e em destaque o da saúde.**

- ◆ **A reforma na saúde pode ser compreendida desde reflexões no final do séc. XIX, mas a profunda modificação da gestão dos serviços foi implementada a partir da criação do SUS, em 1988 e se estende até os nossos dias.**

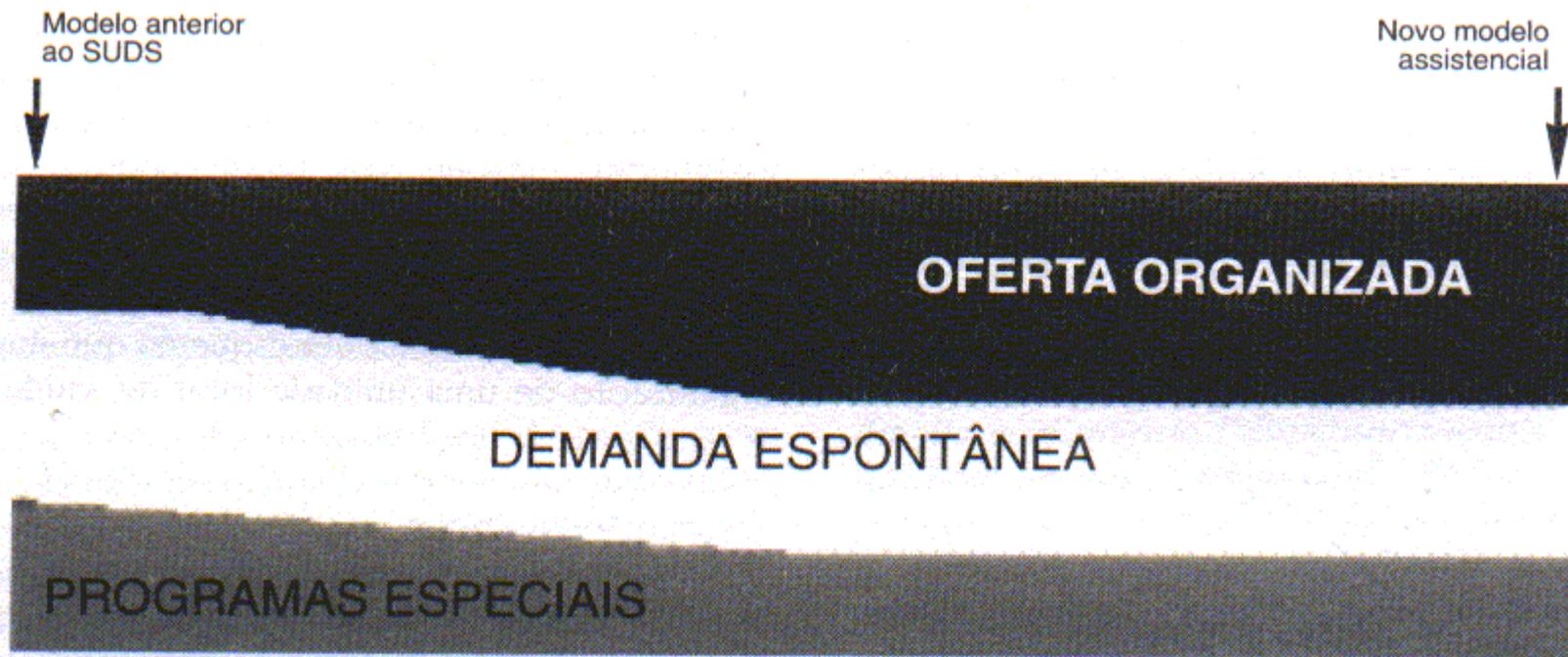


Fig. 20-1. Diagrama de transição para o novo modelo assistencial.

Modelo Assistencial Previdenciário

- ◆ Caracterizada pela livre demanda (atendimento não programado) e ações assistenciais curativo-restauradoras surgiu como mecanismo de proteção social do trabalhador (atenção médica, pecúlio, aposentadoria, auxílio funeral), por parte do Estado brasileiro para aquelas classes consideradas mais importantes e estratégicas economicamente.

A livre demanda enquanto lógica de atendimento médico-sanitário surgiu na esfera pública em instituições de Saúde Pública e nas CAPs, na década de 20.

Gestão Previdenciária

- ◆ **Divisão das instituições pública de atenção/assistência à saúde em Saúde Pública (ações coletivas, promocionais, educativas e preventivas) e Previdência (ações individuais e curativas).**



Modelo Assistencial Previdenciário

- ◆ CAPs - década de 20
- ◆ IAPs – década de 30
- ◆ Unificação no INPS – 1967
- ◆ Ministério da Previdência – 1974
- ◆ Sistema de Previdência (SINPAS):
INAMPS, FUNRURAL - 1977

A quase totalidade das assistência individual curativa era realizada na lógica deste modelo.

Atual Modelo Assistencial Brasileiro - SUS

- ◆ **Divisão de serviços de saúde em:**
 1. **Público (federal, estadual e municipal)**
 2. **Filantropico (hospitais filantrópicos e beneficentes)**
 3. **Privado**

Bases legais do sistema de saúde brasileiro – SUS

Bases legais do sistema de saúde brasileiro – SUS.

- ◆ **A criação do SUS representa um grande avanço social e político.**

Seu arcabouço jurídico-institucional define novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; cria novos espaços para a participação da comunidade e entidades da sociedade civil e estabelece novas relações entre os usuários e os serviços.

A constituição Federal Brasileira de 1988

Leis Orgânicas da Saúde

A constituição Federal Brasileira de 1988

TÍTULO VIII

Da Ordem Social

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÃO GERAL

- ◆ Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

CAPÍTULO II

DA SEGURIDADE SOCIAL

Seção I

DISPOSIÇÕES GERAIS

- ◆ Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à **saúde**, à previdência e à assistência social.

A constituição Federal Brasileira de 1988

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.

A constituição Federal Brasileira de 1988

Seção II

DA SAÚDE

- ◆ 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:
 - 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.

A constituição Federal Brasileira de 1988

Seção II DA SAÚDE

◆ 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.

A constituição Federal Brasileira de 1988

◆ **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.

§ 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.

(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 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: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

- I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)**
- 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 arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)**
- 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 arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)**

- ◆ § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
 - I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
 - 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; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
 - III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)
 - IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

- ◆ § 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. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)
- ◆ § 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006) Regulamento
- ◆ § 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. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

A constituição Federal Brasileira de 1988

TÍTULO VIII **Da Ordem Social**

CAPÍTULO II **DA SEGURIDADE SOCIAL**

Seção III **DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Seção IV **DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**

A constituição Federal Brasileira de 1988

TÍTULO VIII **Da Ordem Social**

CAPÍTULO III **DA EDUCAÇÃO, DA CULTURA E DO** **DESPORTO**

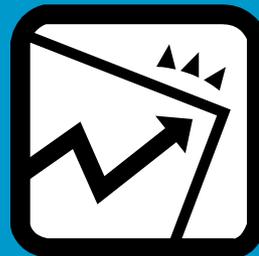
Seção I **DA EDUCAÇÃO**

Bases legais do sistema de saúde brasileiro – SUS.

◆ Para a regulamentação do SUS :

– Lei Orgânica da Saúde (1990) -
Lei **8080**

– Lei Orgânica da Saúde (1990) -
Lei **8142**



Lei Orgânica da Saúde (1990) - Lei **8.080**

Define as atribuições dos 3 níveis de governo.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Lei Orgânica da Saúde (1990) – Lei **8.142**

Regulamenta os mecanismos de controle social do SUS, estabelecendo normas para o funcionamento das Conferências e dos Conselhos Nacionais de Saúde.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

Lei Federal 8.080/1990, artigo 3:

“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 aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

Gestão única em cada esfera de governo

- ◆ É uma diretriz do SUS que visa a integração da gestão das ações e serviços de saúde em cada esfera de governo, em seus respectivos âmbitos de competência política e administrativa.



Gestão única em cada esfera de governo

- ◆ O comando único (ou direção única) em cada nível de governo não deve, todavia, prescindir da ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo, como também do funcionamento dos mecanismos de controle social, tais como as Conferências e Conselhos de Saúde no âmbito dos governos federal, estadual e municipal.

Gestão única em cada esfera de governo

- ◆ O princípio do comando único está relacionado ao processo de descentralização das ações de saúde para os entes da federação que vem ocorrendo desde o início dos nos 90, através das **Normas Operacionais Básicas:**

NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96 e atualmente regulado pela NOAS - Norma Operacional de Assistência a Saúde de 2002.

NOB SUS/91

- ◆ **Normatiza SIH/SUS e SIA/SUS;**
- ◆ **Define o quantitativo de AIH para os estados;**
- ◆ **Estados e municípios tem caráter de prestadores de serviço.**

NOB SUS/92

- ◆ **Início do movimento municipalista;**
- ◆ **Precursora do documento “ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”;**
- ◆ **Não traz alterações importantes.**

NOB SUS/93

- ◆ Explicitou os estágios crescentes da municipalização baseada na capacidade de produção de serviços e criação de espaços de negociação – CIT e CIB.



NOB SUS/93

◆ **MUNICÍPIO**

Gestão incipiente

Gestão parcial

Gestão semi-plena

Transferências \$ começam a ser feitas fundo a fundo (fluxo direto)

NOB SUS/96



- ◆ Aperfeiçoou procedimentos políticos administrativos de transferências de recursos (PAB FIXO e PAB VARIÁVEL).
- ◆ Estabeleceu mecanismos de programação, controle e avaliação (PPI) e previu 2 formas de gestão para municípios e estados.

NOB SUS/96

◆ **MUNICÍPIO**

**Gestão plena da atenção básica
Ampliada**

**Gestão plena do sistema
municipal**

◆ **ESTADO**

**Gestão avançada do sistema
Gestão plena do sistema**

NOAS-SUS 2001/2002

◆ Objetivo geral:

Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção.



NOAS-SUS 2001/2002

Fundamentos da regionalização:

- Integração entre os sistemas municipais.
- Superação do paradigma da municipalização autárquica e consolidação do paradigma da microrregionalização cooperativa.

NOAS-SUS 2001/2002

- ◆ Os municípios continuam como gestores principais dos sistemas de serviços de saúde no âmbito local, mas se organizam em microrregiões de forma cooperativa.

As microrregiões são transformadas em espaços dialógicos de negociação e pactuação, mantendo-se, contudo, com a Secretaria Estadual de Saúde e com os municípios a capacidade de gestão do sistema.

Foram criadas instâncias de negociação entre os gestores das 3 esferas de governo:

- **Comissões intergestores**

- ◆ Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no nível nacional com os 3 governos representados;
- ◆ Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no nível estadual com representantes do estado e município.

- **De controle e participação da população**

- ◆ Os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde

Comissões intergestores

- ◆ São instâncias que integram a estrutura decisória do SUS.
- ◆ Constituem uma estratégia de coordenação e negociação do processo de elaboração da política de saúde nos três níveis de governo, articulando-os entre si.



Comissões intergestores

- ◆ Estas comissões intergestores têm desempenhado papel relevante na formulação e implementação da política de saúde e tem contribuído na complexa tarefa de desenvolver as diretrizes do SUS no sistema federativo brasileiro.



Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

- ◆ É o foro de negociação e deliberação dos Conselhos Municipais de Saúde, submetendo-se ao poder deliberador e fiscalizador do Conselho Estadual de Saúde (CES).
- ◆ É constituída paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo COSEMS, incluindo obrigatoriamente o Secretário de Saúde da Capital.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

- ◆ É um órgão colegiado, que integra o poder executivo em nível federal.
- ◆ É o principal foro de negociação das questões relativas a formulação da política de saúde, tem por função assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implementação do SUS.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

- ◆ **Tem composição paritária formada por 18 membros, sendo seis indicados pelo Ministério da Saúde (MS), seis pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e seis pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).**
- ◆ **A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País, além dos Presidentes de Conass e Conasems. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação**

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

- ◆ Foro de negociação para questões nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (C.E.S).
- ◆ Submete-se ao poder deliberador do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e é composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS.

Conselho Estadual de Saúde - CES

- ◆ **tem assegurada a composição paritária entre o número de representantes dos usuários e o número de representantes dos outros três segmentos.**
- ◆ **composto por 06 representantes dos usuários; 03 representantes dos profissionais de Saúde; 01 representante dos prestadores de serviços e 02 representantes do Governo, além do Secretário de Estado da Saúde, que o preside.**

Organismos colegiados de controle social e participação da população

- Conferências de Saúde (de 4 em 4 anos)
- Conselhos de Saúde (nacionais, estaduais e municipais)

representantes:

do governo
dos usuários
dos prestadores de serviços
dos profissionais de saúde

Conferências Nacionais de Saúde

◆ Histórico dos principais acontecimentos:

1986- VIII CNS

1988- SUDS e SUS

1992- IX CNS

1993- NOB/SUS - 93

1996- X CNS e NOB/SUS - 96

2000- XI CNS e NOAS

2003- XII CNS

2007- XIII CNS



Consequência do novo modelo de gestão

- ◆ Com a municipalização da SAÚDE, cada município é responsável pela coordenação de todos os serviços do SUS localizados dentro dos seus limites territoriais

Para isso, todos os anos a Câmara de Vereadores aprova o Orçamento Municipal - nele está definido quanto o município gastará em saúde no ano seguinte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



deficiência no financiamento...

Pressupõe a necessidade de uma gestão eficiente do sistema e da gerência competente dos estabelecimentos de saúde para melhor uso dos insuficientes recursos disponíveis nas últimas décadas.



Considerações Finais...

- ◆ **As competências e papéis dos gestores do SUS, em cada esfera de governo, não são definidas constitucionalmente.**

Na Lei Orgânica de Saúde 8080/90 é onde se realiza um maior detalhamento da competência e das atribuições, porém ainda de forma insuficiente.

Considerações Finais...

- ◆ **A gestão dos serviços de saúde envolve uma diversidade de aspectos técnicos, organizacionais e políticos.**

Dessa forma, existe um conjunto de técnicas capazes de conferir maior racionalidade à utilização dos recursos materiais e humanos em saúde, objetivando uma intervenção voltada para resolução dos principais problemas de saúde da população.

Considerações Finais...

- ◆ **O recurso à epidemiologia e a busca da eficiência, imprimem uma qualidade distinta à ação, precedida pelo planejamento e monitorada num processo de acompanhamento e avaliação.**

(Silva, 1994)

Considerações Finais...

- ◆ **É corrente a partir desta nova lógica de gestão na saúde que a qualidade dos serviços de saúde está diretamente associada ao crescimento dos espaços de controle social, principalmente a nível local e municipal.**

Considerações Finais...

- ◆ E a questão central parece se referir à relação entre os atores/usuários envolvidos no processo de tomada de decisão,
- ◆ em que a qualidade de informação e a motivação técnica são fortes condicionantes ao maior sucesso na gestão dos serviços de saúde, sem entretanto deixar de considerar os aspectos políticos, culturais, econômicos, sociais em cada contexto de trabalho.

AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA

OFICINA sobre Gestão envolvendo 3 grupos e que será dividida em 2 partes:

- 1- A partir de um estudo de caso será construído um relatório de gestão institucional;
- 2- Apresentação oral da experiência.

AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA

Cada aluno, individualmente, escolherá um dos tópicos abaixo e após a seleção de um artigo ou texto (a seu critério), desenvolverá uma resenha crítica sobre o mesmo.

- ◆ Pactos de Gestão do SUS
- ◆ Descentralização e Municipalização da saúde no Brasil
- ◆ Legislação do SUS
- ◆ Gestão única em cada esfera de governo
- ◆ Gestão de pessoas
- ◆ Fundação estatal

Referências Bibliográficas

- ◆ AZAMBUJA, D. Teoria Geral do Estado, 26ª ed., Guarulhos: Editora Parma, 1990.
- ◆ BOBBIO, N. A teoria das formas de governo. 10ª ed., Brasília: Editora Universitária de Brasília, 2000.
- ◆ BRASIL. NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - NOB/SUS 01/1993. Publicada no Manual do Gestor SUS - COSEMS - RJ. 1997. p. 59 a 75.
- ◆ BRASIL. NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - NOB/SUS 01/1996. Publicada no Manual do Gestor SUS - COSEMS - RJ. 1997. p. 76 a 113.

Referências Bibliográficas

- ◆ **BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. 1993. 67 p.
- ◆ **BRASIL.** Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. 107 p.
- ◆ **CAMPOS, G.W.S.** Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo:Hucitec, 2000. 237 p.
- ◆ **MENDES, E. V.** Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

Referências Bibliográficas

- ◆ PAIM, J.S. ; TEIXEIRA, C. F. . Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1819-1829, 2007.
- ◆ PAIM, J. S. ; TEIXEIRA, C. F. . Política, Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health*, v. 40, p. 73-78, 2006.
- ◆ PIERANTONI, C.R.; VIANNA, C.M.M. *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro:UERJ, 2003.
- ◆ SILVA, L.M.V. A gestão dos serviços de saúde. IN: SILVA, L.M.V. (Org.). *Saúde Coletiva: textos didáticos*, Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, p.83-92, 1994.

Referências Bibliográficas

- ◆ TEIXEIRA, C. F. ; MOLESINI, J. . Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador-Bahia, v. 26, n. 1/2, p. 29-40, 2002.
- ◆ TEIXEIRA, C. F. . Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. Saúde e sociedade, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, 2004.
- ◆ TEIXEIRA, C. F. . Determinantes do desempenho do SUS municipal: controle de gestão ou capacidade de governo?. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 352-355, 2003.
- ◆ TEIXEIRA, C. F. ; SOLLA, Jorge Pereira . Gestión en la implantación del programa de Salud de la Família en Brasil, 1998 - 2002. Serie Estudios de Caso y Experiencias Relevantes En Gerencia Social En America Latina, Washington, D. C. EUA, v. 10, p. 1-22, 2003.

Referências Bibliográficas

- ◆ TEIXEIRA, C. F. ; MOLESINI, J. . Descentralização na Bahia: gestão do Sistema Unico de Saúde. Série Estudos e Pesquisas Sei Seplantec, Salvador, v. 35, p. 12-52, 1998.
- ◆ TEIXEIRA, C. F. Conferência Municipais de saúde: construindo o SUS na Bahia. Saúde em Debate, Londrina- PR, v. 52, p. 50-57, 1998.
- ◆ TEIXEIRA, C. F. ; VILASBOAS, A. L. ; PAIM, J. S. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Espidemiológico do SUS, Brasília - DF, v. VII, n. 2, p. 7-28, 1998.
- ◆ RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.5, p. 2265-2280, 2010.



*Obrigado a todos
pela atenção!*