

# UNIDADE 4

## O SUS ATUAL E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Descrever as diretrizes vigentes de regionalização das ações e de fortalecimento da capacidade das instâncias gestoras;
- ▶ Conhecer e discutir as inovações no modelo de financiamento e transferências de recursos entre gestores;
- ▶ Identificar as diretrizes e as prioridades contidas no Pacto pela Vida, no Pacto em Defesa do SUS e no Pacto de Gestão; e
- ▶ Discutir os novos desafios de desenvolvimento do SUS.



## A NORMA OPERACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE – NOAS-SUS 2002

Um novo instrumento normativo de assistência à saúde foi editado em janeiro de 2001 e reeditado em janeiro de 2002, substituindo a então vigente NOB-SUS 96. O atual instrumento normativo do SUS é a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 02).

A NOAS-SUS 02 surgiu a partir da avaliação, realizada pela CIT e pelo CNS, do processo de descentralização, implementado por meio da municipalização das ações em saúde em todo o País, induzido pela NOB-SUS 96. Essa norma, por um lado, foi importante para o aumento da capacidade gerencial dos municípios e para a melhoria no acesso às ações de saúde, que se tornaram mais descentralizadas, promovendo a expansão do SUS e, por outro, obteve pouca funcionalidade nos pactos entre Estados e municípios na divisão de responsabilidades e de gestão das unidades na organização dos sistemas municipais/microrregionais.

A pouca funcionalidade dos pactos produziu uma **atomização\*** dos serviços e também a limitação do acesso dos usuários aos níveis de média e alta complexidade, uma vez que poucos são os municípios brasileiros capazes de ofertar todas as ações em saúde. A maioria dos municípios no País responsabiliza-se somente pela atenção primária. Além disso, a NOB-SUS 96, ao induzir a municipalização e os repasses de recursos diretamente entre o governo federal e o governo municipal, provocou a desarticulação e a perda de autoridade das Secretarias Estaduais de Saúde.

\*Atomização – divisão de algo em frações menores, pulverização. Fonte: Houaiss (2009).

Se no período em que foi criada a NOB-SUS 96 era importante a expansão do SUS para todos os municípios, no momento em que foi criada a NOAS-SUS 02 era necessário aglutinar municípios vizinhos, em sistemas microrregionais de saúde, para garantir a oferta de todos os serviços e produzir a economia de escala, resgatando o papel de articulação das Secretarias Estaduais de Saúde.

Nesse contexto, após consenso da CIT e do CNS, foi editada a NOAS-SUS 02 com o objetivo de definir o papel do gestor estadual como articulador de uma política de integração entre sistemas municipais de Saúde.

Essa integração deve ocorrer no processo de regionalização, com a reafirmação da necessidade de referências e contrarreferências pactuadas entre os municípios que ofertam todos os serviços e aqueles que ofertam somente a atenção primária, de modo a promover uma melhor resolutividade e integralidade da atenção.

O financiamento e os critérios de alocação de recursos devem ser orientados pelas necessidades da população, evitando a pulverização dos serviços de saúde com a economia de escala e a garantia de acesso em todos os níveis de atenção.

## AS ESTRATÉGIAS DA NOAS-SUS 02

O objetivo geral dessa nova norma é o de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção. As estratégias definidas na NOAS-SUS 02 para alcançar tais objetivos são:



- ▶ ampliar as responsabilidades dos municípios quanto à atenção básica: a condição mínima de habilitação passa a ser a Gestão da Atenção Básica Ampliada (GABA), incorporando algumas ações de média complexidade a serem ofertadas pelos municípios;
- ▶ lançar os fundamentos da regionalização, como macroestratégia de reorganização assistencial;
- ▶ criar mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS; e
- ▶ atualizar os critérios de habilitação de Estados e municípios.

## A REGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

A regionalização é entendida como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Alguns instrumentos devem ser utilizados para sua implementação:

- ▶ **Plano Diretor de Regionalização (PDR):** divide e organiza os Estados em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, com definição de municípios-polo e municípios-sede e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, de acordo com a capacidade instalada e as necessidades da população. Para a definição desses níveis de complexidade, é fundamental que sejam estabelecidos os recursos assistenciais já existentes, as perspectivas de implantação de serviços (a ampliação de oferta de serviços deverá ser condicionada a um Plano Diretor de Investimentos, com cronograma e fonte de recursos) e as características geográficas, populacionais, assistenciais e políticas dos Estados. O PDR deve

contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual com a definição de fluxos de referência para todos os níveis de assistência à saúde, por meio de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) e de mecanismos de relacionamento intermunicipal.

- ▶ **Ampliação da atenção básica:** a NOAS-SUS 02 institui como categoria de habilitação mínima em cada município a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB), que deverá garantir pelo menos as ações de controle da tuberculose, da hipertensão arterial e da diabetes; de eliminação da hanseníase; de saúde da criança, de saúde da mulher e de saúde bucal; e as ações mínimas de média complexidade, como as dos módulos assistenciais (ambulatoriais e leitos hospitalares para atendimento em clínica médica, pediátrica e obstetrícia). As demais podem ser realizadas no âmbito microrregional, regional ou estadual. A PPI, coordenada pelo gestor estadual, representa o principal instrumento para garantia de acesso dos usuários aos serviços não disponíveis em seu município de residência. A alocação de recursos decorre da PPI e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, com separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.
- ▶ **Qualificação das microrregiões na assistência à saúde:** define um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade com referência intermunicipal, ofertado em um ou mais módulos assistenciais. As atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico serão financiadas por um valor *per capita* nacional mínimo; e as internações hospitalares, serão financiadas por intermédio de um

acordo estabelecido na PPI, com exceção das microrregiões não qualificadas (ou habilitadas), onde o pagamento se fará por produção. A PPI é um importante mecanismo de articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais.

- ▶ **Política de alta complexidade/alto custo:** o MS tem como atribuição a definição de normas e de diretrizes nacionais e de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, por intermédio da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade. O gestor estadual é responsável pela política estadual e o gestor municipal, com gestão plena do sistema, organizará os serviços em seu território, assegurando o comando único sobre os prestadores.

## O FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO SUS

Para o seu fortalecimento, o SUS conta com as secretarias Estaduais de Saúde que são responsáveis pela coordenação da PPI; pela operacionalização do PDR e pelas estratégias de regulação do sistema intermunicipal; pela alocação de recursos baseada nas necessidades da população e não nos interesses dos prestadores de serviços; e pela garantia de acesso da população referenciada aos serviços.

E, ainda, com as secretarias municipais responsáveis por melhorar o comando sobre os prestadores de serviços, por participar da PPI e por promover a articulação com outros municípios. Mas esse fortalecimento não para por aí, todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde (processos de

gestão, forma de organização, modelo de atenção) utilizando como instrumento o Relatório de Gestão. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores responsáveis pelas urgências, consultas, leitos etc.

## FINANCIAMENTO

O Piso da Atenção Básica Ampliada (PABA) é o novo fator de financiamento da atenção básica definido pelo acréscimo de procedimentos ao PAB-fixo (da NOB-SUS 96), para os municípios que antes recebiam abaixo do novo PABA. Para a média complexidade, o limite financeiro para as ações ambulatoriais de apoio diagnóstico passa a ser o valor *per capita* nacional mínimo, definido em portaria ministerial. A PPI deve discriminar os recursos alocados para internações destinados à população municipal e os recursos voltados para o atendimento da população referida ao município.

Os serviços de alta complexidade serão financiados pelo Estado, com recursos do Teto Financeiro de Assistência (TFA) estadual definidos na PPI e do MS, a partir de regulação específica.


O financiamento é um obstáculo importante ao desempenho público do SUS, pois os recursos são insuficientes, as fontes não são estáveis e a divisão de responsabilidades no seu provimento não são claras. Foi implementado, por meio da Portaria Conjunta n. 1.163, de 11 de outubro de 2000, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), um instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS cujos objetivos são: a melhoria da gestão e da avaliação dos gastos públicos em saúde; o fortalecimento do controle social; o dimensionamento da participação dos Estados e municípios no financiamento da Saúde; e o acompanhamento da Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. A Portaria Conjunta n. 1.163/00 foi substituída em 16 de março de 2004 pela Portaria Interministerial n. 446.



A Emenda Constitucional n. 29/00 pretendeu comprometer efetivamente a participação das três esferas de governo no financiamento da Saúde, por meio da implantação do SIOPS: os Estados devem alocar 12% das receitas de impostos e de transferências constitucionais, os municípios 15%, e a União deverá aumentar em 5% o seu repasse e depois corrigi-lo pela variação nominal do PIB (valores válidos até 2004), indicando uma perspectiva de fontes estáveis, mas sem garantia de aumento de recursos, pois estão atreladas às receitas públicas e ao crescimento econômico, que nos municípios pobres continuarão pequenas. Com a utilização do SIOPS, podemos obter transparência sobre a aplicação dos recursos públicos do setor Saúde. A consolidação das informações sobre gastos em saúde no País é uma iniciativa que vem proporcionar a toda população, em especial àquela parcela que de alguma forma tem vínculo com o SUS, o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do País tem aplicado na área.

É importante destacarmos que os repasses federais aquém das necessidades dos sistemas locais induzem a ajustes na agenda da Saúde por meio de inovações organizacionais relacionadas à contenção de custos, ao uso de recursos próprios, ao orçamento prospectivo, ao teto orçamentário, a contratos de gestão e à flexibilização da gestão pública.

Para seu melhor entendimento dessa organização da assistência, observe com atenção a Figura 1 que traz um módulo assistencial contendo um município-sede.



Conheça melhor o SIOPS  
acessando ao site <<http://siops.datasus.gov.br>>.

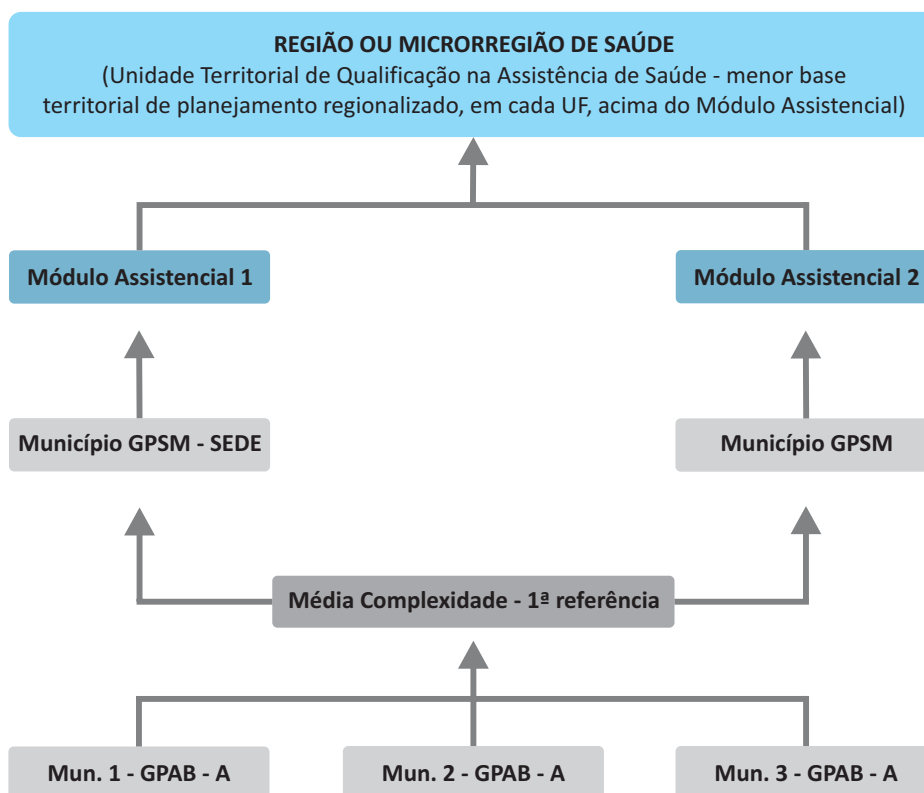


Figura 1: Organização da assistência de saúde  
 Fonte: Elaborada pelos autores

Em síntese, podemos afirmar que a NOAS-SUS 02 aprimora as prescrições inovadoras da NOB-SUS 96 ao estender para a média complexidade o pagamento por capitação e estimular gestores municipais e estaduais a melhorarem suas capacidades de negociação, articulação, regulação e pactuação com o objetivo de garantir o acesso dos cidadãos a todos os serviços assistenciais necessários.

Corroborando com essa síntese, Santos e Andrade (2007) apresentam que a:

[...] articulação dos entes federativos esteve historicamente focada em processos de habilitação, voltados para exigências burocráticas e sobre o enquadramento nos níveis de gestão preconizados pelas normas ora em vigência. Concomitante ao processo institucional e normativo do SUS

fica evidente a necessidade de uma orientação gestora voltada para o compartilhamento de responsabilidades, a partir da ótica de negociação e pactuação, e que estivesse inserida nas especificidades locais e regionais. A normatização da regionalização pela NOAS chega a um processo de esgotamento justamente no ponto do agir político sobre a conformação de redes de serviços, agora a serem desenhadas em necessidades percebidas ou expressadas, e não induzidas. A lógica das transferências dos recursos federais apoiada nesta normatização homogeneizante dissemina a abertura de lacunas entre as necessidades reais e as ações gestoras, estendendo no tempo a burocratização do sistema e seus processos cartoriais de habilitação gestora.

A evidenciação política da necessidade da atualização normativa culmina na publicação em 22 de março de 2006 da portaria n. 399 que ‘Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto’. Este passa ser o novo instrumento de gestão interfederativo do SUS, onde a habilitação é substituída pelo termo de compromisso de formalização dos acordos entre os gestores de saúde.

O Pacto pela Saúde 2006 apresenta três componentes: O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida está estruturado em compromissos sanitários e nas prioridades definidas pelos diferentes entes federativos. Os compromissos neste componente estão baseados em indicadores oriundos das análises das situações de saúde; priorizam resultados qualitativos dos serviços acompanhados das respectivas previsões orçamentárias e financeiras.

O Pacto em Defesa do SUS visa reforçar a política de Estado que se expressa no SUS através do fortalecimento dos direitos civis relacionados e da universalidade; do aumento dos recursos setoriais e na consolidação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (Portaria MS n. 675, de 30 de março de 2006).

O Pacto de Gestão do SUS explicita as competências concorrentes dos entes federativos e a necessidade do atendimento e do reconhecimento das diferenças locais e regionais. Para tanto estabelece como um de seus objetivos a regionalização do SUS na forma de pactuações e negociações voltadas a conformação de regiões sanitárias e suportadas política e tecnicamente por colegiados de gestão regional. A portaria GM n. 204 de 2006 criou cinco blocos de financiamento no fundo de saúde: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Cada um destes blocos deve constituir uma conta respectiva e movimentada conforme as disposições expressas no termo de compromisso. Cabe lembrar que a Portaria n. 366/2006 expressa que enquanto não ocorrer a formalização do Termo de Compromisso ficarão mantidas as prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados na Norma Operacional Básica – NOB/01/96 e na Norma Operacional da Assistência da Saúde – NOAS 01/2002.

# Resumindo



Nesta Unidade descrevemos as principais políticas indutoras da regionalização das ações de saúde, do reforço da capacidade gestora de estados e municípios e de novos modelos de financiamento e repasse de recursos. Foram também apresentadas as diretrizes contidas nos pactos intergestores que passaram a presidir as relações entre as esferas governamentais em saúde, a saber, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.



## **Atividade de aprendizagem**

Chegamos ao final desta disciplina. Para verificar seu entendimento sobre os temas abordados responda a atividade a seguir. Em caso de dúvidas não hesite em conversar com seu tutor.

1. Considerando as diretrizes e as prioridades contidas no Pacto pela Vida, no Pacto em Defesa do Sus e no Pacto de Gestão elenque alguns dos novos desafios de desenvolvimento do SUS. Compartilhe sua resposta com os colegas no fórum disponível no AVEA.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caro estudante, chegamos ao final de nossa disciplina. Por meio dela ampliamos o seu conhecimento a respeito das políticas de saúde e evidenciamos que hoje o SUS representa, inequivocamente, o sistema mais avançado entre os que já tiveram vigência no País. Sua importância em um país como o Brasil, marcado pelas desigualdades e carências, é pouco questionada. Tanto que, apesar das restrições ao seu desenho universalista e mesmo considerando suas óbvias imperfeições, não parece haver nenhum segmento hoje disposto a propor a sua extinção ou a sua substituição por outro sistema, de caráter segmentado ou excludente.

Por isso, vale a pena fazermos um rápido balanço, tomando como referência as três dimensões do SUS tal como foram propostas nesse texto, a título de ensaiarmos uma agenda de temas desafiantes para os próximos anos. Como novo **pacto social**, voltado a garantir o acesso universal e igualitário a todos os cidadãos, o SUS certamente tem ainda uma longa trajetória a cumprir.

Embora tenha um caráter claramente redistributivo, na medida em que acolhe amplos segmentos populacionais antes excluídos, a partir de recursos do conjunto da sociedade, tais recursos são ainda insuficientes em um contexto econômico geral que reproduz a desigualdade. Por isso, o principal obstáculo ao seu desenvolvimento como pacto solidário está situado na questão do financiamento, que é a área em que finalmente a sociedade concretiza seu padrão de solidariedade.

Vimos ainda que a discussão deve abarcar dois aspectos absolutamente interdependentes:

- ▶ de um lado, a questão do volume de recursos destinados à saúde, hoje claramente abaixo do mínimo necessário; e
- ▶ de outro, a questão da divisão de responsabilidades no seu provimento, seja entre as esferas governamentais, seja entre o Estado e os diversos segmentos sociais.

Contudo, é importante destacarmos que há anos existe em tramitação a proposta da Emenda Constitucional n.169, que regulamenta os recursos destinados à Saúde no interior da Seguridade Social, buscando conferir transparência, responsabilidade e progressividade ao financiamento setorial. Nesse sentido, uma reforma fiscal que possa inverter ou pelo menos minorar o caráter regressivo do atual sistema ainda está a espera de quem a formule e a proponha.

Também devemos lembrar do desafio de regular e estabelecer relações com o setor privado suplementar, que, nos últimos anos, experimentou um crescimento exponencial, sendo hoje responsável pela cobertura de cerca de um quarto da população brasileira. Os esforços recentes em direção à sua regulamentação podem abrir novos horizontes para uma redefinição de papéis no pacto nacional da saúde.

Como novo **desenho político-institucional**, o SUS certamente representa uma experiência altamente inovadora, indicativa do quanto a descentralização e a participação podem contribuir para o melhor desempenho da gestão pública. O desenho das parcerias envolvidas na cultura da gestão descentralizada e pactuada, seja no interior do Estado ou entre as esferas, sugerindo um padrão inovador de pacto federativo (Comissões Intergestores), seja entre o Estado e a sociedade, compartilhando responsabilidades e decisões (Conselhos de Saúde), pode servir de modelagem para outras áreas de políticas públicas.

É evidente aqui que há muito o que caminhar em direção a mecanismos mais ágeis e efetivos para, a partir de transformações no Estado e na sociedade, gerar maiores graus de *accountability*,



retroalimentando a responsabilidade pública. De qualquer forma, a experiência da Saúde e do SUS tem o significado de desenhar uma proposta ou agenda de reforma do Estado que prescreva não a sua redução, mas o seu melhor desempenho público, ou seja, sua maior capacidade de expressar e de exercer o interesse público.

Embora a questão da remodelação do Estado tenha se mantido presente desde os primeiros momentos do programa da Reforma Sanitária, é na experiência viva desse processo que a Saúde – o SUS – pode estar gerando uma contribuição efetiva para uma proposta de reforma democrática do Estado.

Como novo **arranjo técnico-assistencial**, o SUS apenas agora começa a experimentar concretamente. Entretanto, as limitações no financiamento podem aqui ter um efeito dramático caso os ganhos em cobertura da atenção básica, alcançando populações até então excluídas, não sejam acompanhados de ganhos em resolutividade e qualidade da atenção. Teríamos, assim, não um modelo da atenção integral, mas um modelo perverso em que as populações marginais teriam acesso parcial e subalterno ao sistema, sem nenhuma chance de resolver problemas mais complexos. O sistema se eximiria da atenção de média e alta complexidade, deixando-as a cargo do mercado, em que estariam acessíveis apenas aos setores que pudessem comprá-las.

Nossa pretensão com essa disciplina não é a de esgotar o assunto, mas sim de instigar você a pesquisar mais sobre ele por meio das indicações de leitura que constam ao longo das Unidades e ao final do livro, na seção de Referências. Ficamos por aqui, desejando sucesso a você, futuro especialista em Gestão em Saúde.

*Professores Antônio Ivo de Carvalho e Pedro Ribeiro Barbosa.*

## Referências



BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987*. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/1987/94657.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Emenda Constitucional n. 29, 13 de setembro de 2000*. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960*. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1960/3807.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975*. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977*. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1977/6439.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 96*. Brasília, DF, 1997. 34 p. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do MS. *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Brasil). *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB–SUS 91*. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2010.

FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. J., 1990. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n.º 3, pp: 139-162, junho, IPEA.

GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/conselhos\\_de\\_saude/cib/portarias\\_temas/PORTARIA%20545-20-05-03-NOB-93.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/cib/portarias_temas/PORTARIA%20545-20-05-03-NOB-93.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Portaria Conjunta n. 1.163, de 11 de outubro de 2000*. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20SIOPS%201163.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. *Portaria Interministerial n. 446, de 16 de março de 2004.*  
Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria\\_446.PDF](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria_446.PDF)>. Acesso em: 20 jul. 2010.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos.* 1. ed. Campinas: Idisa-Conasems, 2007. v. 1. 167 p.



## MINICURRÍCULO

### Antônio Ivo de Carvalho

Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1974), possui especialização em Saúde Pública (1975) e mestrado (1994) pela Fundação Oswaldo Cruz, e residência médica pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (1975). Atualmente é pesquisador/professor da Fundação Oswaldo Cruz e diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Conselhos de Saúde, Controle Social, Participação Social.



### Pedro Ribeiro Barbosa

Bacharel em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1979), mestrado em Administração pela Fundação Getúlio Vargas – Rio de Janeiro (1993) e doutorado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP-Fiocruz, cuja tese teve por tema: *Inovação em Serviços de Saúde: dimensões analíticas e metodológicas na dinâmica de inovação em hospitais*. Exerce a função de Vice-Presidente de Gestão e Desenvolvimento Institucional (DOU – Seção 2 Página 40 ISSN 1677-7050, n. 178, quinta-feira, 17 de setembro de 2009 – Fundação Oswaldo Cruz – Portarias de 14 de setembro de 2009 – n. 451) e de Diretor Executivo da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC (fundação de apoio a FIOCRUZ). É Tecnologista Sênior da Fundação Oswaldo Cruz, atuando como professor, pesquisador e consultor. Principais áreas de interesse e atuação: gestão hospitalar, planejamento em saúde e gestão da inovação em saúde.

