

**Universidade de Brasília (UnB)**  
**Faculdade de Ciência da Informação (FCI)**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCIInf)**

VIRGÍNIA DE ALBUQUERQUE MOTA

**MODELO DE TAXONOMIA PARA APOIAR O PROCESSO  
DECISÓRIO DA PARTICIPAÇÃO CIDADÃ EM SAÚDE NO BRASIL**

Brasília – DF

2022

VIRGÍNIA DE ALBUQUERQUE MOTA

**MODELO DE TAXONOMIA PARA APOIAR O PROCESSO  
DECISÓRIO DA PARTICIPAÇÃO CIDADÃ EM SAÚDE NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Ciência da Informação, da Faculdade de Ciência da  
Informação, da Universidade de Brasília, como  
requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em  
Ciência da Informação.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Henrique de Araújo  
Júnior

Brasília – DF

2022



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: " Modelo de taxonomia para apoiar o processo decisório da participação cidadã em saúde no Brasil "

Autora: Virgínia de Albuquerque Mota

Área de concentração: Gestão, Organização e Comunicação da Informação e do Conhecimento

Linha de pesquisa: Gestão. Tecnologias e Organização da Informação e do Conhecimento

Tese submetida à Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação da Faculdade de Ciência da Informação da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de DOUTORA em Ciência da Informação.

Tese aprovada em: 05 de dezembro 2022.

Presidente (UnB/PPGCINF): Rogério Henrique de Araújo Júnior

Membro Interno (UnB/PPGCINF): Renato Tarciso Barbosa de Sousa

Membro Externo (Fiocruz): Cícera Henrique da Silva

Membro Externo (UFRN): Andréa Vasconcelos Carvalho

Suplente (UnB/PPGCINF): João de Melo Maricato

Em 31/10/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Rogério Henrique de Araujo Junior, Professor(a) de Magistério Superior da Faculdade de Ciência da Informação**, em 05/12/2022, às 21:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **Renato Tarciso Barbosa de Sousa, Diretor(a) da Faculdade de Ciência da Informação**, em 07/12/2022, às 16:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **CICERA HENRIQUE DA SILVA, Usuário Externo**, em 08/12/2022, às 13:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **ANDRÉA VASCONCELOS CARVALHO, Usuário Externo**, em 15/12/2022, às 22:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.

16/12/2022 14:39

SEI/UnB - 8898862 - Despacho



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site  
[http://sei.unb.br/sei/controlador\\_externo.php?](http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)  
[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **8898862** e  
o código CRC **8AC2FF58**.

---

Referência: Processo nº 23106.130194/2022-16

SEI nº 8898862

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

MM917m Mota, Virgínia de Albuquerque  
Modelo de taxonomia para apoiar o processo decisório da participação cidadã em saúde no Brasil / Virgínia de Albuquerque Mota; orientador Rogério Henrique de Araújo Júnior. -- Brasília, 2022.  
404 p.

Tese (Doutorado em Ciência da Informação) -- Universidade de Brasília, 2022.

1. Conferências de saúde. 2. Controle social. 3. Gestão da informação. 4. Linguagens documentárias. 5. Planejamento em saúde. I. Araújo Júnior, Rogério Henrique de, orient. II. Título.

## DEDICATÓRIA

*In memoriam*, para minhas queridas avós Petita e Nair, pela amizade, pelas orações para que eu pudesse realizar meus projetos e pelos exemplos de comprometimento com o outro.

Às(os) conferencistas e conselheiras(os) de saúde, que se dedicam a lutar cotidianamente e principalmente nos espaços de controle social, pela manutenção e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde e pela defesa da vida e da saúde de todas(os) sem distinção

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Mato Grosso, em especial aos colegas de trabalho do Departamento de Saúde Coletiva, pela oportunidade de realizar este doutorado com afastamento integral.

Aos professores que compuseram a banca examinadora da qualificação e defesa da tese, pela dedicação ao corrigir este trabalho e por todas as valiosas contribuições.

Aos professores, técnicos administrativos e discentes do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade de Brasília, pelo acolhimento, convivência e rico aprendizado durante o processo de formação.

Aos meus familiares, amigas e amigos, pelas palavras de carinho e incentivo que impulsionam cada passo da minha caminhada.

Ao meu marido Ueuder, pela generosidade com que sempre me apoia em todos os meus projetos, por ter dado amor em dobro às nossas filhas para compensar minhas ausências e pela paciência em me escutar detalhar o trabalho desta pesquisa várias vezes ao longo de quase quatro anos.

Às minhas filhas Alice e Lívia, por todos os modelos de taxonomia que vocês desenharam na tentativa de abreviar o tempo para realizar este doutorado, e por todo sentimento bom que despertam em mim e me move a querer um mundo melhor para vivermos.

Aos meus pais, José Hugo e Ana Maria, por me apoiar de todas as formas que uma pessoa merece ser apoiada durante um doutorado.

Ao meu orientador, Professor Rogério, por toda dedicação e trabalho despendido nesta orientação, por ter aceitado o desafio de me ajudar a olhar para um problema tão complexo e por ter iluminado o caminho na realização desta pesquisa, que será o fio condutor da minha carreira docente, e também pelos exemplos do tipo de docente que quero ser, sensível à realidade das alunas e alunos e do mundo.

## EPÍGRAFE

“[...] é pela reforma sanitária que estamos brigando, e esta reforma não pode ser um projeto da minha cabeça, não pode ser um projeto da cabeça simplesmente dos técnicos, não pode ser simplesmente um projeto da cabeça dos profissionais, ele tem que ser construído, mesmo que o resultado final não seja aquilo que muitos de nós estamos desejando, mas é o resultado construído, desejado, montado e inventado pela sociedade brasileira desse ano, desse século. [...] e esse projeto só aponta em um sentido, que é a melhoria das condições de vida da população, que morram menos crianças, que o nosso povo viva mais, que o nosso povo cresça mais, que o nosso povo tenha menos medo, que o nosso povo trabalhe melhor, que o nosso povo participe de uma forma cada vez maior da criação do nosso futuro, que essa nação cada vez mais se autodetermine e crie um grande projeto brasileiro. É para isso que nós apontamos, é para isso que é nosso compromisso e é nesse sentido que esta conferência foi convocada, e é por isso que eu gostaria de colocar uma última questão, que essa conferência foi montada com delegados, nós não queríamos que houvesse qualquer possibilidade de influência econômica nessa conferência [...], nós queríamos garantir que os usuários pudessem expressar de forma absolutamente autônoma a sua posição e garantimos então vagas para todas as entidades [...], podemos ter errado em várias coisas e na medida do possível vamos corrigindo durante a conferência, mas o fundamental era garantir a representatividade [...] aqui pela primeira vez se encontram o setor saúde com a sociedade, pela primeira vez em uma conferência nacional de saúde estão aqui representantes dos usuários, então o papel que nós temos aqui na formulação da política de saúde é da maior importância [...] e vai ser na diversidade e vai ser no coletivo que nós vamos construir nosso projeto, imaginando que na construção disso, muitas vezes nós vamos errar, mas nunca vamos errar o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa.”

Pronunciamento do sanitarista Sérgio Arouca na  
8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)

## RESUMO

Apresenta um modelo de taxonomia voltado para a organização e recuperação da informação para apoiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as conferências são a etapa inicial do processo de planejamento governamental em saúde. A Ciência da Informação e, em especial, as linguagens documentárias como a taxonomia, constituem-se como modelos de organização e representação de informações de massas documentais acumuladas, facilitando a recuperação de informações sem necessariamente se recorrer ao exame da totalidade dos documentos. Para facilitar a recuperação das informações relevantes sobre o planejamento governamental em saúde para o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, foi elaborado um modelo de taxonomia, com metodologia qualitativa e retrospectiva desenvolvido em três etapas: 1) Seleção das fontes de informação bibliográfica e documental relacionadas ao domínio do planejamento governamental em saúde no âmbito do SUS; 2) Sistematização do fluxo do processo decisório da participação cidadã no planejamento governamental em saúde; e 3) Elaboração do modelo de taxonomia. Como resultados, listou-se as fontes de informação bibliográfica de dois autores mais citados, quais sejam Carlos Matus e Mario Testa, e documental, quais sejam os documentos produzidos para e pela 15ª Conferência Nacional de Saúde e os instrumentos de planejamento e gestão do SUS e orçamentário da esfera federal. A partir da pesquisa bibliográfica, foi sistematizado o fluxo do processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde considerando o planejamento governamental em saúde como a totalidade na qual as conferências estão inseridas. Foram definidos 12 termos gerais, a partir dos temas e eixos temáticos norteadores dos debates da 8ª a 16ª Conferência Nacional de Saúde, nos quais foram ordenados 820 termos específicos definidos após exaustiva análise das fontes de informação documental, do fluxo do processo decisório e da nota de escopo sistematizada, em até cinco níveis hierárquicos, organizados em um modelo de taxonomia no formato de lista e com numerais cardinais do sistema decimal indicando sua posição na estrutura. Espera-se que o modelo proposto contribua para o debate acadêmico e junto da sociedade sobre gestão da informação para controle social na saúde.

**Palavras-chave:** Participação cidadã; Processo decisório; Gestão da informação; Linguagens documentárias; Taxonomia; Conferências de saúde; Planejamento em saúde.

## ABSTRACT

It presents a taxonomy model focused on the organization and retrieval of information to support the decision-making process of citizen participation in health conferences. In the scope of the Unified Health System (SUS), conferences are the initial stage of the governmental health planning process. Information Science and, in particular, documentary languages such as taxonomy, are constituted as models of organization and representation of information from documentary accumulated masses, facilitating the retrieval of information without necessarily resorting to the examination of all documents. To facilitate the retrieval of relevant information on government health planning for the decision-making process of citizen participation in health conferences, a taxonomy model was elaborated, with a qualitative and retrospective methodology developed in three stages: 1) Selection of sources of bibliographic information and documents related to the domain of governmental health planning within the scope of the SUS; 2) Systematization of decision-making process' flow of citizen participation in government health planning; and 3) Elaboration of the taxonomy model. As a result, the sources of bibliographic information from the two most cited authors were listed, namely Carlos Matus and Mario Testa, and documentary information, which are the documents produced for and by the 15th National Health Conference and the planning and management instruments of the SUS. and budget at the federal level. Based on the bibliographic research, the flow of the decision-making process of citizen participation in health conferences was systematized, considering governmental health planning as the totality in which the conferences are inserted. Twelve general terms were defined, based on the themes and thematic axes guiding the debates of the 8th to 16th National Health Conference, in which 820 specific terms were ordered, defined after exhaustive analysis of the sources of documentary information, the flow of the decision-making process and the systematized scope note, in up to five hierarchical levels, organized in a taxonomy model in list format and with cardinal numerals from the decimal system indicating its position in the structure. It is expected that the proposed model will contribute to the academic debate and within society on information management for social control in health.

**Keywords:** Citizen participation; Decision-making process; Information management; Documentary languages; Taxonomy; Health conferences; Health planning.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo do processo decisório da participação cidadã em saúde .....	24
Figura 2 – Desafios e lacunas informacionais no processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde .....	34
Figura 3 – Relação entre organização da informação e do conhecimento e representação da informação e do conhecimento .....	40
Figura 4 – Temas para estruturação da revisão de literatura .....	44
Figura 5 – Informações relevantes para a participação cidadã em saúde no nível municipal .....	47
Figura 6 – Categorias da taxonomia das necessidades de saúde .....	48
Figura 7 – Taxonomia de planejamento e controle de serviços de cuidado .....	51
Figura 8 – Elementos da ecologia da informação para a participação cidadã em saúde .....	60
Figura 9 – Administração da informação na organização .....	63
Figura 10 – Modelo de processo decisório aplicado ao setor saúde .....	68
Figura 11 – Modelo geral do processo de decisão estratégica, fatores dinâmicos e rotinas de apoio .....	70
Figura 12 – Representação gráfica da estruturação da linguagem documentária .....	79
Figura 13 – Esquema do conceito e seus elementos .....	82
Figura 14 – Esquema da taxonomia funcional .....	85
Figura 15 – Mudança de paradigma do conceito de público .....	90
Figura 16 – Pontos da revisão de literatura sobre participação cidadã em saúde no Brasil .....	100
Figura 17 – Modelo de estrutura operacional das redes de atenção à saúde (RAS) .....	107
Figura 18 – Etapas iniciais do modelo de administração das informações para apoiar o processo decisório nas conferências de saúde .....	111
Figura 19 – Linha do tempo dos principais eventos iniciais da pandemia de COVID-19 .....	115
Figura 20 – Expectativas em relação à elaboração de uma taxonomia funcional para apoiar o processo decisório da participação cidadã em saúde .....	128
Figura 21 – Etapas metodológicas da pesquisa bibliográfica .....	136
Figura 22 – Síntese da metodologia para elaboração da taxonomia .....	139
Figura 23 – Processo de estruturação da linguagem documentária .....	140
Figura 24 – Perfil dos itens bibliográficos incluídos na 3ª etapa da Pesquisa Bibliográfica, segundo Áreas de avaliação da CAPES e ano de publicação .....	142
Figura 25 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional aplicados ao planejamento no SUS .....	155

Figura 26 – Correlação entre as propostas de Carlos Matus e Mario Testa .....	159
Figura 27 – Pensamento estratégico na lógica da programação .....	163
Figura 28 – Metodologia da 15ª Conferência Nacional de Saúde .....	165
Figura 29 – Documentos do processo de planejamento governamental em saúde do ciclo de 2016-2019 .....	166
Figura 30 – Fluxo das informações relevantes e fontes de informação relacionadas para o processo decisório da participação cidadã no planejamento governamental em saúde no Brasil .....	169
Figura 31 – Página do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) .....	204

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Modelo de comportamento informacional de conselheiros de saúde .....	49
Quadro 2 – Taxonomia de planejamento e controle da capacidade de recursos em saúde .....	52
Quadro 3 – Tarefas do gerenciamento estratégico da informação para o processo decisório ..	55
Quadro 4 – Matriz de Ansoff.....	73
Quadro 5 – Modelos de construção de taxonomias.....	84
Quadro 6 – Elementos registrados da história natural preliminar da COVID-19 e sua relação com a organização dos níveis de atenção à saúde .....	121
Quadro 7 – Relação entre objetivos, pressupostos, variáveis e ferramentas metodológicas ...	129
Quadro 8 – Estratégias metodológicas para operacionalização dos objetivos .....	131
Quadro 9 – Documentos do Ciclo de Planejamento Governamental em Saúde, no Brasil, 2016-2019 .....	146
Quadro 10 – Diferenças entre planejamento normativo e planejamento estratégico .....	149
Quadro 11 – Tema central e eixos temáticos das Conferências Nacionais de Saúde .....	170
Quadro 12 – Termos gerais da taxonomia .....	171
Quadro 13 – Termos relacionados ao processo decisório da participação cidadã no planejamento em saúde coletados na pesquisa documental, por termos gerais e fonte de informação .....	174
Quadro 14 – Comparação dos termos gerais da taxonomia proposta e dos trabalhos correlatos .....	199
Quadro 15 – Objetivos, pressupostos, variáveis e resultados da tese .....	201

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Perfil dos itens bibliográficos excluídos da amostra, segundo critérios de exclusão .....	142
Tabela 2 – Texto mais referenciados em trabalhos acadêmicos para fundamentação teórica e/ou metodológica do planejamento governamental em saúde no Brasil, 1990 a 2020 .....	144

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CI – Ciência da Informação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

COVID – *Corona Virus Disease*

ESPII – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ESPIN – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

HND – História Natural da Doença

LAI – Lei de Acesso à Informação

PE – Pensamento Estratégico

PES – Pensamento Estratégico Situacional

SIACS – Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde

SIOPS – Sistema de Informações sobre o Orçamento Público da Saúde

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SNA – Sistema Nacional de Auditoria

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPS – Organização Pan-americana de Saúde

TIC – Tecnologia da Informação e Comunicação

WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1 PROBLEMA .....	21
1.2 JUSTIFICATIVA .....	35
1.3 CONCLUSÃO E PROPOSTA DA AUTORA .....	41
1.4 OBJETIVOS .....	43
<b>1.4.1 Objetivo geral .....</b>	<b>43</b>
<b>1.4.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>43</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>44</b>
2.1 TRABALHOS CORRELATOS .....	46
2.2 GESTÃO DA INFORMAÇÃO .....	52
<b>2.2.1 Sistematização do processo de gestão da informação .....</b>	<b>53</b>
<b>2.2.2 Aspectos ecológicos da gestão da informação .....</b>	<b>56</b>
<b>2.2.3 Organização do conhecimento para produzir conhecimento organizacional .....</b>	<b>60</b>
2.3 PROCESSO DECISÓRIO .....	64
<b>2.3.1 Racionalidade limitada no processo decisório .....</b>	<b>64</b>
<b>2.3.2 Estudo de caso de estruturação do processo decisório .....</b>	<b>69</b>
<b>2.3.3 Processo decisório como etapa do planejamento estratégico .....</b>	<b>72</b>
2.4 TAXONOMIA .....	75
<b>2.4.1 Taxonomia como linguagem documentária .....</b>	<b>77</b>
<b>2.4.2 Taxonomia como sistema de classificação .....</b>	<b>80</b>
<b>2.4.3 Tipos de taxonomia .....</b>	<b>83</b>
2.5 PARTICIPAÇÃO CIDADÃ EM SAÚDE NO BRASIL .....	86
<b>2.5.1 A participação comunitária .....</b>	<b>88</b>
<b>2.5.2 A participação popular .....</b>	<b>91</b>
<b>2.5.3 A participação social .....</b>	<b>97</b>
2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS .....	100
<b>2.6.1 Política pública de informação .....</b>	<b>102</b>
<b>2.6.2 Política pública de saúde .....</b>	<b>104</b>
2.7 CONCLUSÕES DA REVISÃO DE LITERATURA .....	108
<b>3 ASPECTOS CONTEMPORÂNEOS DA INFORMAÇÃO PARA APOIAR A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ EM SAÚDE: O CASO DA COVID-19 NO BRASIL .....</b>	<b>113</b>
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PANDEMIA DE COVID-19 .....	114
3.2 INFORMAÇÕES PARA A POPULAÇÃO SOBRE A RESPOSTA PÚBLICA À COVID-19 NO BRASIL .....	119

<b>4 MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO PARA APOIAR A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NA SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>123</b>
<b>5 PRESSUPOSTOS, TESES E VARIÁVEIS .....</b>	<b>126</b>
5.1 PRESSUPOSTOS .....	126
5.1.1 Pressuposto Geral .....	126
5.1.2 Pressupostos Específicos e Variáveis .....	126
5.2 TESE .....	127
<b>6 METODOLOGIA .....</b>	<b>128</b>
6.1 DESENHO DA PESQUISA .....	130
6.2 CONTEXTO DO ESTUDO .....	132
6.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	133
6.3.1 Pesquisa bibliográfica .....	133
6.3.2 Pesquisa documental .....	136
6.3.3 Elaboração da taxonomia .....	138
6.4 QUESTÕES ÉTICAS .....	139
6.5 MODELO METODOLÓGICO PARA ELABORAÇÃO DE TAXONOMIA PARA O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE .....	139
<b>7 RESULTADOS .....</b>	<b>141</b>
7.1 FONTES DE INFORMAÇÃO DOS DOCUMENTOS ACUMULADOS NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE .....	141
7.1.1 Fontes de informação bibliográfica .....	141
7.1.2 Fontes de informação documental .....	146
7.2 FLUXO DO PROCESSO DECISÓRIO DA PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE .....	148
7.2.1 Pesquisa bibliográfica do planejamento governamental em saúde .....	149
7.2.2 Pesquisa documental do planejamento governamental em saúde .....	164
7.2.3 Síntese das análises e sistematização do fluxo .....	167
7.3 MODELO DA TAXONOMIA .....	169
7.3.1 Seleção dos termos gerais e específicos .....	169
7.3.2 Padronização semântica dos termos .....	179
7.3.3 Estruturação funcional do modelo .....	179
<b>8 DISCUSSÃO .....</b>	<b>198</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>204</b>
<b>10 PROPOSTAS PARA ESTUDOS FUTUROS .....</b>	<b>206</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>208</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>224</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A forma como lidamos com a informação está intrinsecamente ligada aos modelos de processo produtivo que vem se alternando ao longo da história, desde a agricultura de subsistência até o capitalismo informacional. A primeira atividade foi a agricultura e os trabalhos domésticos, na medida em que os indivíduos se fixavam a uma terra, no contexto do feudalismo, que foi marcado pelos grandes latifúndios, a utilização de mão-de-obra escrava e um sistema social extremamente rígido, que não permitia a mobilidade entre as diferentes atividades (DRUCKER, 1994).

Neste contexto, tanto o conhecimento sobre as mudanças ambientais quanto sobre as ferramentas de controle e/ou adaptação dessas mudanças, eram fundamentais para as decisões a serem tomadas quanto à atividade produtiva. Em seguida, temos o surgimento do capitalismo comercial e, posteriormente com a revolução industrial, do capitalismo industrial, no qual a possibilidade de vender sua mão-de-obra, bem como o discurso de maior mobilidade neste sistema social, transformaram a organização da sociedade e da sociabilidade (DRUCKER, 1994).

Diferentemente do modelo de processo produtivo anterior, a informação e o conhecimento que possibilitassem uma maior especialização nas atividades industriais passariam a se tornar elementos relevantes para a empregabilidade das pessoas nessa nova cadeia produtiva.

No decorrer dos anos, a sociedade foi profundamente afetada pelos avanços científicos da telecomunicação e da informática, que permitiriam a automação de vários processos de trabalho empreendidos pela força produtiva material, e a necessidade da realização das atividades através da força produtiva intelectual, cujo produto é simbolizado pela informação (MASSUDA, 1980). A informação passa a ter reconhecimento da sua importância na organização da sociedade e das relações sociais, sendo o conhecimento considerado um instrumento para qualificar a atividade humana em todos os espaços (CASTELLS, 2010).

Atrelada à ideia de mobilidade no processo produtivo, a ideia de democracia e do direito à melhoria das condições de vida e de trabalho estavam vinculados ao acesso à informação (DRUCKER, 1994).

Principalmente no período das grandes guerras do início do século XX, observa-se uma grande produção de conhecimento em muitas áreas diferentes, sendo a informação considerada um elemento estratégico para o planejamento bélico, e posteriormente à guerra fria, para o desenvolvimento e/ou reconstrução das nações.

Na América do Sul, as sucessivas crises econômicas, políticas, sociais e sanitárias na segunda metade do século XX, não permitiram o avanço nas discussões sobre a importância do acesso à informação para o fortalecimento da democracia, prevalecendo um contexto de opacidade informacional (JARDIM, 1999).

No Brasil, o avanço viria na promulgação da Constituição de 1988, que em relação à informação, propõe uma mudança de paradigma, classificando-a como um direito fundamental, e que o Estado deve investir em estratégias de gestão da informação, não só para que a pessoa tenha acesso à informação que lhe permita ser atendida no seu direito social, mas sobretudo como um importante elemento de construção de uma nova cidadania (MORAES, 1994).

A ideia da ampliação do acesso à informação estratégica para os governos como um bem público, para apoiar o processo decisório da participação cidadã na gestão da máquina pública, é um movimento recente que vem ganhando força no século XXI, com iniciativas internacionais de abertura de dados governamentais.

Em 2011, o Brasil e mais sete países fundaram um comitê diretor internacional nomeado *Open Government Partnership* (OGP), no qual foi apresentado um plano de dados abertos com o compromisso de ampliação da transparência governamental e da participação social (FREITAS; DACORSO, 2014).

Como principal desdobramento deste processo, temos a promulgação da Lei de Acesso à Informação (LAI) no mesmo ano (BRASIL, 2011), que registra avanços importantes em consonância com alguns pontos do supramencionado consenso internacional sobre transparência governamental.

O acesso às informações governamentais é fundamental para avançar no apoio à participação cidadã no planejamento de políticas públicas, no entanto, somente a disponibilização dos dados e/ou informações não garante o acesso às mesmas, demandando muitas vezes um tratamento desses dados e/ou informações para facilitar a recuperação da informação de interesse do usuário.

Ainda que se realize um tratamento da informação para adequar às necessidades dos potenciais usuários e das finalidades às quais essas informações podem ser úteis, ter as informações disponíveis não são automaticamente demonstração de que as pessoas e as organizações tomam decisões baseadas nas informações suficientes para tal (FELDMAN; SHERMAN, 2001).

Isto pode implicar em decisões tomadas sem informações ou com informações incompletas, que podem levar ao retrabalho de algo que já foi realizado mas cujas informações não foram localizadas, a repetição de experiências que comprovadamente não foram exitosas

ou, na falta da informação, não conseguir nem avaliar a qualidade da decisão tomada (FELDMAN; SHERMAN, 2001).

É importante considerar no processo de organização da informação, a gestão desta informação e de que forma ela vem sendo utilizada, se o tratamento da informação está adequado para atender às atividades para as quais ela está sendo tratada e se está contribuindo para uma cultura organizacional de aproveitamento das informações disponíveis para apoiar o processo decisório.

No setor saúde, no qual o objeto de estudo desta tese está contextualizado, esta questão é colocada como um problema a partir do qual se espera elaborar um modelo de organização da informação, que contribua para estruturar o conhecimento que vem sendo utilizado pela participação cidadã para o processo decisório.

A gestão da informação na saúde deveria estar em todos os espaços nos quais são produzidas e circulantes práticas e saberes relacionados à saúde. Nas práticas de saúde, a informação é uma importante aliada na tomada de consciência a respeito do que interfere e/ou determina os processos de adoecimento e de manutenção de uma vida saudável, sendo, inclusive, capazes de construir normas a partir das quais as pessoas definirão o modo de levar a vida.

No âmbito das conferências de saúde, a informação vem sendo considerada um importante elemento para todos os atores envolvidos, tanto para o processo decisório da participação cidadã nas conferências, quanto para orientar as práticas de saúde na ação concreta, realimentando o processo decisório do planejamento, e assim sucessivamente (STEDILE *et al.*, 2015).

O setor da saúde pública no Brasil produz um grande volume de dados, que são disponibilizados para acesso aberto em Sistemas de Informação em Saúde (SIS) oficiais, cuja alimentação é realizada de forma descentralizada, sob responsabilidade dos gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS) e gestão e coordenação realizada de forma centralizada pelo gestor federal do SUS.

Os SIS foram criados inicialmente para fiscalização da aplicação de recursos transferidos entre os entes federativos, ou com finalidade de restituição de gastos com ações e serviços de saúde pelos entes municipais e estaduais. Segundo Moraes (1994), os primeiros SIS apresentavam fragmentação desses sistemas, que tinha como consequência retrabalho e informações conflitantes sobre o mesmo objeto; e a ausência de rigor e padronização na alimentação dos sistemas, os transformando em amontoados de dados sem correlação com as decisões a serem tomadas na implementação do SUS.

Vinte anos depois, Moraes (2014) observa que os desafios dos SIS persistem em relação à fragmentação, a subutilização dos dados disponibilizados e a centralização da gestão e disseminação dos dados entre técnicos especialistas, além da sua finalidade permanecer com caráter de contabilização de procedimentos para repasses financeiros entre os entes da federação.

Os SIS oficiais não permitem que cidadãos e cidadãs possam extrair informações confiáveis, simétricas, inteligíveis e relacionadas com suas demandas de saúde e as respostas públicas para estas demandas, não respondendo institucionalmente as lacunas informacionais.

Pensando na necessidade de integração das demandas de saúde e seus determinantes com as respostas públicas a estas demandas, Valla (1993, p. 36) sugeriu a constituição de um sistema de informação no nível local (SINAL), para que se “[...] extrapole a racionalidade técnica (...) de contabilização de doenças, para ir em direção às formas de viver da população e às condições que concretamente obstruem a conquista de melhores níveis de saúde [...]”.

Neste sentido, a informação seria importante não só para a análise dos técnicos no planejamento das ações, mas também para a própria população conhecer e/ou reconhecer os determinantes sociais presentes no nível local, e por isto mesmo, esta deve contemplar uma estrutura de conhecimento que permita que a população reconheça sua representação de mundo, em constante construção (VALLA; STOTZ, 1989).

No âmbito do SUS especificamente, na ocasião da Constituição de 1988, a integração da participação cidadã no processo decisório tornou-se um princípio organizativo, que redundou em um arcabouço legal e normativo garantidor de espaços institucionalizados para a referida participação, quais sejam as conferências e os conselhos de saúde.

As conferências de saúde tornaram-se um espaço social consolidado ao longo dos últimos 30 anos de apresentação das demandas de saúde da população, no entanto mesmo no contexto de explosão informacional, ainda permanece frágil a relação entre as decisões tomadas e as informações que as justificam.

E a população, que tem esses espaços institucionalizados como as conferências, para a participação no processo decisório das respostas públicas às demandas de saúde, apesar de vivenciar no cotidiano as consequências dessa tomada de decisão, vê suas demandas sendo desidratadas ao longo do ciclo do planejamento governamental, no qual as conferências deveriam ser a primeira etapa norteadora da elaboração das políticas.

## 1.1 Problema

A inclusão da participação cidadã nos processos decisórios do planejamento em saúde é uma das iniciativas propostas pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, que ocorreu na então União de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) em 1978 por iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com representações de 134 países e de organizações internacionais e da sociedade civil (PIRES-ALVES; PAIVA, 2021).

As propostas desta Conferência foram registradas na Declaração de Alma Ata e representam um marco internacional das discussões em torno da universalização do acesso às ações e serviços de saúde e que mobilizou diversas democracias em torno da reforma de seus sistemas locais.

Desde então, vários países do mundo têm adequado sua legislação considerando a participação cidadã como uma importante via de promoção do direito à saúde e de melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde ofertadas pelo Estado. Essas reconfigurações não são homogêneas e se moldam de acordo com as características de cada país e de suas relações com a democracia direta.

Na Itália, a reforma do sistema de saúde ocorreu em 1978, e na década de 1990 foram instituídos mecanismos de avaliação e participação cidadã, ainda que em caráter consultivo, para apoiar o processo decisório no âmbito do sistema de saúde, que contam com participação de gestores e associações de usuários. As dificuldades encontradas na experiência italiana foram: diversidade de mecanismos não alinhados entre si, com diferentes métodos de participação e tomada de decisão (MATOS; SERAPIONI, 2017).

Sobre os conselhos consultivos mistos, que são um desses mecanismos, verificou-se ausência de apoio pedagógico para participação, fragmentação das reivindicações em pautas específicas e representatividade de setores mais restritos da população, evasão de participantes ao longo do tempo e ausência de percepção de acolhimento das demandas do colegiado pela administração (SERAPIONI; ROMANI, 2006).

A Inglaterra reformou o *National Health System* em 1948, tornando-se a mais longínqua experiência em sistema universal de saúde no mundo, e na década de 1970 instituiu no âmbito desse sistema os Conselhos Comunitários de Saúde, somente com representantes de usuários, sendo metade deles indicados pelas autoridades sanitárias, e de caráter local (SERAPIONI; ROMANI, 2006).

Na experiência inglesa, Serapioni e Romani (2006) observaram fragmentação das demandas, baixa participação dos usuários indicados pelas autoridades e ausência de percepção de influência destes conselhos sobre os gerentes dos serviços.

Na Espanha e Portugal, Matos e Serapioni (2017) relataram como no final de década de 1970 até início da década de 1990, estes países conseguiram uma mobilização da sociedade em torno da reforma do sistema de saúde e da institucionalização da participação cidadã, ainda que em caráter consultivo, nos processos decisórios do planejamento da política de saúde.

No entanto, nesses mesmos países foram observadas ausência de qualificação desta participação; pouco envolvimento de tomadores de decisão políticos nesses espaços institucionalizados, ainda que estes atores exercessem forte influência nos produtos destes colegiados; ausência de estruturação do processo de participação cidadã e de tomada de decisão e cooptação ou influência de grupos de interesses estruturados no lugar das associações de usuários (MATOS; SERAPIONI, 2017).

Na Grécia, Matos e Serapioni (2017) relataram que, apesar da legislação que estabeleceu o sistema de saúde na década de 1980 prever espaços institucionalizados de participação cidadã, estes nunca saíram do papel, e que manifestações populares nas ruas sobre fechamento de unidades de saúde após a crise de 2008 vem conformando a referida participação no país.

As experiências apresentadas acima retratam como a participação com caráter consultivo pode se mostrar frágil para influenciar as decisões do Estado em relação ao atendimento das demandas de saúde da população.

Esses achados na literatura em contextos internacionais são confirmados na literatura de contextos nacionais, com especificidades mais detalhadas em virtude das características próprias do processo democrático, da implementação da reforma sanitária e da capacidade brasileira de resolver problemas.

No Brasil, ao longo de mais de 30 anos de consolidação destes espaços colegiados do processo decisório da participação cidadã em saúde no âmbito do SUS, muitos avanços e conquistas são reportados, no entanto, ainda permanecem desafios importantes para apoiar o processo decisório que deveria ocorrer nos referidos espaços.

O movimento sanitário, surgido nas décadas de 1970 e 1980, tinha como um dos principais motes a participação cidadã no processo de planejamento e de controle da implementação dos planos de governo, seguindo o modelo deliberativo.

O modelo deliberativo justifica-se por três deficiências observadas no processo de participação cidadã, quais sejam (i) a insuficiência de mecanismos institucionais de participação; (ii) trâmites internos do processo decisório que favoreçam a participação; e (iii)

condições mínimas e ferramentas institucionais para apoiar a participação (MARQUES, 2012).

Para garantir os mecanismos institucionais de participação cidadã na saúde, o movimento sanitário articulou conjuntamente com o poder legislativo a elaboração dos textos da mais recente Constituição Federal e das leis orgânicas da saúde, instituindo as conferências e conselhos de saúde como tais mecanismos (PAIM, 2008).

No entanto, apesar dos avanços constitucionais e legais em relação à institucionalização da participação comunitária e/ou social, Carvalho (2007) entende que esse processo enfraqueceu a participação cidadã.

Paim (2008) também corrobora com essa visão, na medida em que a chamada transição democrática promoveu uma mudança institucional do período militar sem, no entanto, provocar uma ruptura com o modelo anterior, no qual a cultura da opacidade informacional restringia o acesso à informação (JARDIM, 1999) e dificultava a participação cidadã.

Ao contrário do que se observava, a promoção das condições para diminuir as desigualdades sociais que conformam diferentes formas de participação deveria ter como base para uma nova cidadania e consciência sanitária, uma política democrática das informações, com informações simétricas e repartição do poder sobre a produção e gestão da informação.

Segundo Moraes (1994, p. 164), o objetivo de uma política democrática da informação no contexto pós Constituição de 1988, é “[...] reivindicar para o conjunto da sociedade, a possibilidade de exercerem um controle democrático sobre o modo como as instituições pretendem monitorar suas práticas e as condições de saúde da população, através de um sistema de informação [...]”.

O processo decisório sobre as respostas públicas às demandas de saúde no Brasil possui várias etapas. Etapas importantes deste processo, como a definição das diretrizes prioritárias do plano e da fiscalização da execução destes planos, se dão justamente nas conferências e conselhos de saúde, desde o nível local até a nacional.

Apesar deste lugar reservado, Côrtez (2009b) aponta que as conferências são exitosas como espaço de acolhimento das demandas da sociedade, mas a influência no planejamento das políticas de saúde ainda é inconsistente, em razão também das etapas que se seguem entre a deliberação das conferências e a execução do plano (Figura 1).

Após a deliberação das conferências, estas seguem para o gestor do SUS do nível correspondente, que tem a função de homologar as prioridades elencadas pela participação cidadã, e desdobrá-las em planos de saúde com periodicidade quadrienal e programações anuais de saúde (Figura 1).

**Figura 1** – Ciclo do processo decisório da participação cidadã em saúde



Fonte: Elaboração própria, com base na Portaria MS/GM n.º 2135/2013

Estes planos e programações devem ser submetidos à apreciação dos cidadãos e cidadãs participantes dos conselhos de saúde, que verificam a compatibilidade entre as prioridades elencadas no âmbito dos espaços colegiados e os instrumentos produzidos pelo gestor do SUS.

Estes instrumentos de planejamento em saúde devem ainda estar alinhados às programações plurianuais, também de periodicidade quadrienal, e projetos de lei de diretrizes orçamentárias e de orçamentos anuais dos chefes do poder executivo do nível correspondente.

São incluídos neste processo de planejamento também os parlamentares do nível correspondente, que devem aprovar os supramencionados instrumentos encaminhados pelos chefes do poder executivo, e é o momento no qual são autorizadas as vinculações de previsões de receita às possibilidades de despesas, com procedimentos específicos que podem ser financiados. Por último, segue para sanção do chefe do poder executivo.

A burocratização do processo decisório aponta fragilidade em relação aos trâmites internos das conferências como apoiadores da participação cidadã em saúde, porque muitas vezes este é percebido como uma etapa pro forma a ser cumprida para que se possa legitimar as respostas públicas do Estado às demandas da saúde.

Carvalho (2007) aponta também dentre as fragilidades da conferência, em relação à sua organização, a dinâmica de aprovação do regulamento da conferência durante sua ocorrência, a temporalidade da realização da conferência em relação aos prazos legais para aprovação dos instrumentos de planejamento governamental, e a distribuição maior do tempo das conferências para expositores do que para participantes, abordando dados agregados dos SIS em detrimento

das discussões do que foi feito para atender as demandas de saúde apresentadas no último ciclo de planejamento e do que pode ser feito.

Desde o levantamento das demandas até a prestação de contas, em todas as etapas do planejamento governamental, ocorrem negociações entre diversos atores sociais em torno da construção da versão final dos instrumentos de planejamento, fazendo com que, muitas vezes, o momento inicial no qual a participação cidadã protagoniza a consolidação das demandas em saúde acabe sendo somente mais um rito burocrático ao longo do processo.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um momento inédito de participação cidadã na formulação e planejamento da política de saúde que se tornou o SUS, e que conformou um ideal de preservação desta participação.

No entanto, as conferências que se seguiram até os dias atuais não reproduziram esse modelo, visto que foram organizadas a partir de um arcabouço normativo construído em parte na 8ª Conferência, e em parte nas negociações para a viabilização política da sua proposta (PAIM, 2008).

Guizardi *et al.* (2004) apontam que as discussões nas conferências de saúde posteriores à 8ª Conferência buscaram efetivar os princípios normativos que regulamentavam a participação e o controle social como espaço externo ao sistema de saúde, carecendo de discussões mais aprofundadas sobre a organização interna da participação e do controle social dentro do SUS.

As disparidades na organização das conferências se dão não somente pelas especificidades locais, mas também pela ausência de apoio e/ou parâmetros para conhecer como acontece o processo de planejamento, qual o fluxo do encaminhamento das discussões realizadas pela participação cidadã, qual o impacto desta participação nas decisões referentes às respostas públicas para as demandas de saúde, entre outros.

A ausência da organização da informação também repercute na potencialidade das conferências como espaço pedagógico e elemento constitutivo de uma cultura participativa, que impulsionariam a qualificação e a efetividade desses colegiados, quais sejam, os conselhos e conferências de saúde (SCOREL; MOREIRA, 2009).

Para Carvalho (2007) e Labra (2009), os problemas enfrentados pelo SUS também incidem sobre o engajamento dos cidadãos, na medida que a participação em um espaço pode ser motivada por interesses particulares, e quando suas demandas não são acolhidas, reconhecidas ou visibilizadas, os esforços de participação aparentam ser irrelevantes e pode ocorrer uma desmobilização dos referidos cidadãos.

Como consequência, ao mesmo tempo em que o processo formal de planejamento, que deveria interligar as demandas da sociedade à oferta de ações e serviços de saúde, fica “solto”, sem amarras suficientes que garantam um fluxo intuitivo de informações para consecução de cada uma das etapas, a sociedade fica com a percepção de que seu esforço de participação é inútil e que a política pública em execução é frágil, na medida em que a principal estratégia de convencimento da população pelo Estado à adesão da política, que é a participação no processo decisório, é desorganizada.

Em uma concepção de saúde que considera a importância de transformações sociais nos processos de adoecimento, a falta de governabilidade dos cidadãos e mesmo gestores da saúde em outros setores, pode também desmobilizar as pessoas no setor saúde, e não ficam evidentes nas informações disponíveis, o que poderia ser falha de execução, de competência dos gestores, ou de planejamento da política para apoiar a participação cidadã.

Côrtez (2009) aponta que a manutenção da tomada de decisão fora do espaço colegiado institucionalizado para tal, quais sejam as conferências e os conselhos de saúde, e a incorporação das diretrizes elegidas como “etapa burocrática cumprida”, facilita a permanência de regras tradicionais e mesmo a supremacia do poder estatal perante o poder societal.

A tradição latino-americana de tomada de decisões do planejamento governamental por canais informais, movidos a interesses particulares ou corporativistas (CÔRTEZ, 2002), fortalecidos por uma opacidade informacional, ao mesmo tempo em que contribui para a reprodução do *status quo*, mantém essa reprodução invisível à articulação de forças contrárias.

Guizardi e Pinheiro (2006), Escorel e Moreira (2009), Côrtez (2009b) e Esperidião (2014) observaram dificuldades tanto em relação aos indivíduos que atuam nos conselhos, desde a forma como foram indicados, que impacta diretamente na sua atuação, até a qualificação ou informação insuficiente para as demandas do colegiado; quanto à reprodução de práticas sociais inerentes à cultura política da sociedade no interior dos conselhos, tais como fisiologismo, cooptação, corporativismo, autoritarismo, clientelismo, sucateamento do que é público, apropriação do público como privado, entre outros.

Serapioni e Romani (2006) verificaram, nos espaços colegiados de participação cidadã no Brasil, dificuldade de comunicação entre representantes e representados; e muitas vezes suas funções se confundindo como sendo de viabilizar favorecimentos particulares em detrimento da representação de necessidades coletivas dos representados.

Muller Neto e Artmann (2014), e Valla (1999) verificaram que as decisões tomadas no espaço das conferências não têm relação direta com a ação concreta a ser executada, que as relações clientelistas estabelecidas entre representantes e representados desvirtuam a ocupação

desse espaço estratégico para a formulação do planejamento governamental e reproduzem o modelo da estrutura governamental com a sociedade.

Cohn, Westphal e Elias (2005) e Coelho e Paim (2005), ao analisarem a estrutura das informações que apoiam o processo decisório de gestores do SUS, observaram que os temas de financiamento e faturamento, produzidas pelas próprias secretarias e relacionadas aos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, são mais relevantes para a tomada de decisão do que os problemas locais, reiterando a concentração do poder do ente federal na decisão às respostas públicas para as demandas em saúde.

Desta forma, a informação que contribui para o processo decisório fica fragmentada, e as atividades-meio, que deveriam ser suporte para atingir a finalidade institucional, acabam definindo quais são as informações mais relevante para a tomada de decisão (COHN *et al.*, 2005; COELHO; PAIM, 2005).

O processo decisório nos sistemas locais de saúde aparenta um rito burocrático não necessariamente apoiado somente nas informações técnicas, mas também em “sistemas informais” e independente do processo em si, com a finalidade de reproduzir práticas hegemônicas de interesse dos grupos econômicos que apoiam a chegada dos gestores ao poder (COELHO; PAIM, 2005; EDUARDO, 1990).

Essas relações clientelistas também são observadas entre representantes e representados nas conferências e conselhos de saúde, que já possuem como desafio a heterogeneidade dos representantes dos atores sociais que são elegíveis para participação cidadã, tais como usuários, trabalhadores e gestores da saúde, bem como prestadores privados de serviços de saúde.

Pereira *et al.* (2009) e Costa e Vieira (2013) verificaram assimetria na capacidade de participação nas discussões e deliberações entre representantes do segmento social e governamental, e a forma heterogênea que a prática dessa participação se dá.

Observou-se que a utilização de termos técnicos sem aparente relação com as necessidades de saúde, concentra o processo decisório nos segmentos dos trabalhadores e gestores, enquanto que o segmento dos usuários podem ser reduzidos à condição de consumidores, cuja programação de saúde estes devem se adequar (SERAPIONI; ROMANI, 2006).

Podemos verificar aqui que a dificuldade de compreensão do segmento de usuários não se relaciona apenas com a ausência da “tradução” do conhecimento técnico em termos mais cognoscíveis para este grupo populacional, mas da falta de aparente relação entre os termos técnicos que se referem à operacionalização dos serviços, com as necessidades de saúde ou os determinantes sociais que interferem no estado de saúde da população.

Valla (1998) fala da dificuldade de legitimar o saber popular como conhecimento relevante para tomada de decisão, como se a intervenção de pessoas das classes populares fosse entendida como uma interrupção no andamento das discussões ao invés de serem entendidas como contribuição para pensar possíveis respostas do Estado às suas necessidades de saúde.

No entanto, o que está em jogo nessas intervenções são as representações do conhecimento prévio adquirido a partir das experiências concretas dessas pessoas (VALLA, 1996), das suas estratégias de resposta diante de um Estado que deveria apoiar a participação nos espaços onde sua presença é necessária para que o processo seja legitimado.

O saber popular tem origem na cultura de um povo, que se configura pela tentativa de seus membros em organizar a “aparente confusão” dos elementos da realidade, se vistos separadamente, em um sistema de classificação que permite vislumbrar a totalidade resultante da união desses elementos e apoia a atribuição de sentido a essa realidade (LARAIA, 2007).

Em razão da cultura estar aparentemente internalizada na maioria dos atos humanos, Laraia (2007) explicita uma tendência em julgarmos um saber em detrimento do outro devido às referências culturais, o que corrobora com a desvalorização do saber popular por sujeitos que não estão inseridos em um mesmo sistema cultural.

No entanto, todo sistema cultural é dinâmico e pode ser alterado tanto pela interação interna entre seus membros, quanto no contato com outro sistema cultural (LARAIA, 2007), possibilitando relações dialógicas de construção de novos códigos culturais.

Nesse sentido, o acesso à informação e o conhecimento podem ser estratégicos para apoiar a participação cidadã (COELHO, 2012), resignificar códigos culturais dos tomadores de decisão na relação com sujeitos atuantes na realidade concreta, inserir grupos que participam de forma desigual do processo decisório (apresentam suas demandas, mas são desconsiderados na tomada de decisão) e qualificar o planejamento formulado.

Outros fatores referentes a estes atores que influenciam no processo decisório, referem-se aos coletivos a que pertencem, a cultura que se constituíram enquanto indivíduos, incluindo as culturas tradicionais, e as determinações sociais do processo saúde-doença, tais como raça/cor, gênero, escolaridade, condições de trabalho e de moradia, configurações do território, acesso a bens e serviços comunitários, entre outros.

A diversidade tanto do perfil dos delegados e dos conselheiros, quanto das regras de funcionamento e organização das conferências, determina ainda mais os esforços de participação nessas instâncias para a elaboração de um projeto mais ideal do que real (ESCOREL; BLOCH, 2005), ou de defesa do sistema de saúde em detrimento de decisões de interferência sobre a situação momentânea do sistema (COSTA; VIEIRA, 2013).

Propostas idealizadas ou genéricas podem ser de difícil sistematização posterior pelas equipes de planejamento do gestor do SUS em atividades programáticas, e ao mesmo tempo, podem ser consideradas como “propostas guarda-chuva”, nas quais uma ampla variedade de atividades pode ser considerada como relacionadas.

Da mesma forma que não podemos reduzir todos os contextos sociais em um modelo universal, os atores do processo decisório também são múltiplos e ao longo da sua história, constroem um percurso no processo de participação cidadã na saúde, seja ele através das estratégias individuais de busca de atendimento, seja através das incursões nos espaços colegiados de planejamento governamental em saúde.

Estudos apontam que os participantes das conferências, que são delegados eleitos em cada etapa, seja livre, municipal, regional, estadual, distrital e/ou nacional, são representantes de grupos específicos e localizados, e que ao levar as demandas destes grupos sem capacidade de olhar para o sistema de forma integral, geram uma grande quantidade de propostas fragmentadas, desorganizadas entre si e não coincidentes, o que também dificulta para os gestores a formulação de políticas públicas emanadas destas propostas (RICARDI *et al.*, 2017).

Despreza-se a capacidade resolutiva de cada nível de gestão e das estratégias coletivas possíveis em cada território e/ou coletivo afetado por problemas de saúde (VALLA, 1999), sendo a finalidade última a participação na conferência nacional, devido a centralização dos recursos financeiros já mencionada (COSTA; VIEIRA, 2013).

Labra (2009, p. 200) aponta ainda que “[...] o nó crítico dos conselhos de saúde tem a ver com o processamento das deliberações... as resoluções são tipicamente produtos de processos decisórios, mas são parciais e referentes a atividades previamente definidas e executadas por diferentes escalões da burocracia [...]”.

Pode-se constatar empiricamente que as reivindicações e/ou demandas apresentadas não são construídas em uma perspectiva integrada, tal qual deveria ser organizado o SUS, mas sim de forma fragmentada, em que cada coletivo apresenta suas pautas sem perceber-se relacionado a outras, a quais atores institucionais estas pautas devem ser dirigidas e quais alternativas podem ser sugeridas para o sistema responder da forma mais adequada a essas demandas.

Carvalho (2007) aponta que as conferências se tornaram espaços para discussões das demandas referentes a esses interesses e experiências particulares, e aparentemente desconexas entre si, que não são sistematizadas no que o autor definiu como “plano de resposta”, o que faz com que os próprios participantes das conferências não se deem conta do que deve ser fiscalizado na execução do plano.

A fragmentação das demandas, que se refletem nas propostas apresentadas, também são consequência da ausência de organização das informações, uma vez que não há representação do conhecimento sobre essas demandas e o estabelecimento das relações das mesmas entre si e com as necessidades do planejamento das políticas de saúde.

Os cidadãos tem interesses distintos no acompanhamento do planejamento em saúde e da sua prestação de contas, ao mesmo tempo, nos espaços sociais coletivos, eles têm interesses em comum. Um ponto possível de convergência de interesses particulares pode ser de organização da informação sobre a demanda, relacionando-as entre si e entre as possibilidades de ação e serviços de saúde a serem ofertados pelo Estado.

São as convergências que podem agregar as pessoas em torno de reivindicações comuns e subverter o atual modelo de fragmentação de demandas, de respostas à essas demandas e de reivindicação à qualificação desta resposta.

Pelas observações empíricas da pesquisadora, os apontamentos acima permanecem até os dias atuais, e, muitas vezes, as conferências de saúde assemelham-se a uma “conversa de monólogos”, nas quais os expositores apresentam dados agregados que conformam um território desconhecido em sua totalidade pelos ouvintes, que quando tem a palavra concedida, discorrem sobre os problemas cotidianos, da efetividade ou não das respostas públicas a esses problemas, das condições de funcionamento dos serviços, da falta de atendimento, do sofrimento de se ver invisível nas filas de espera e da irresolutividade das ações ao longo da rede de atenção.

Os processos administrativos da gestão, considerados atividades-meio, parecem distantes tanto da construção dessa demanda quanto das respostas públicas a essas demandas. É preciso interligar os processos para mostrar a interferência de um em outro e quais decisões podem levar a que ações.

Estas decisões deliberadas nas conferências, que deveriam se tornar as diretrizes dos planos de saúde e serem acompanhadas em outro espaço colegiado de participação cidadã, os conselhos de saúde, também tem reportadas na literatura várias fragilidades e desafios ainda a serem superados.

Ricardi *et al.* (2017) concluíram que existe ausência de continuidade, monitoramento e avaliação das diretrizes deliberadas nas conferências e seu impacto no planejamento de políticas públicas pelos gestores; e ausência de reflexão sobre a própria gestão do sistema, para além das pautas de cada grupo específico.

A sistematização das informações referentes às decisões tomadas em contextos similares, cujas causas e consequências são verificáveis, registradas em edições anteriores das

conferências, pode contribuir para conhecer o processo decisório no seu contexto histórico, evitar retrabalho, reforçar posições que foram bem-sucedidas e evitar persistir na forma e/ou conteúdo de decisões que não atenderam às demandas respectivas.

Uma das consequências desta ausência de gestão da informação evidenciam-se quando os conselheiros de saúde aprovam instrumentos de gestão, tais quais o plano de saúde e a programação anual de saúde, com diretrizes divergentes das aprovadas nas conferências de saúde (RICARDI *et al.*, 2017).

Os conselhos de saúde, responsáveis pela organização das conferências, acompanhamento dos instrumentos de planejamento e fiscalização da implementação das ações e serviços planejados, também tem fragilidades desde sua reformulação.

Inaugurado no início do século XX, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) era considerado espaço consultivo no qual técnicos formulavam uma proposta de política de saúde, e no período pré-SUS, de 1970 a 1990, ficou às margens do processo de discussão sobre a crise sanitária e da luta pela reformulação do sistema de saúde, sendo reformulado quando promulgado o arcabouço normativo do SUS (CARVALHO, 1995).

Côrtez (2009) e Silva *et al.* (2009) apontam que o CNS foi reformulado, a partir de propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), para se tornar um espaço de repartição de poder prioritário para a formulação das políticas de saúde, no entanto, o que se observou, foi um enfraquecimento do colegiado em virtude de ausência de apoio à participação dos usuários, disputas corporativistas entre os trabalhadores de saúde, muitos atores de vários segmentos performam uma posição nas reuniões dos conselhos e outra nos diversos espaços que estão inseridos, e o fortalecimento de colegiados próprios dos gestores, tais quais as comissões intergestores bipartite e tripartite, em detrimento do próprio CNS.

Os outros conselhos de saúde, das esferas distrital, estaduais e municipais, também são afetados diretamente pelo funcionamento do CNS, visto que é este último o responsável pela normatização dos conselhos e das conferências, e que apesar do processo de descentralização da gestão da saúde ao longo da década de 1990, o gestor federal ainda concentra o poder decisório por ser o responsável pela coordenação e financiamento da política de saúde (ARRETCHE, 2005).

Pode-se ainda pontuar a ausência de informações prospectivas estruturadas, de construção de cenários a partir de cada possibilidade, de alinhamento com os instrumentos de planejamento do poder executivo, da reconfiguração dos equipamentos assistenciais públicos já existentes e de políticas de indução à conformação do mercado privado de acordo com as necessidades de complementação do SUS e do mercado suplementar.

A estruturação desses cenários pode contribuir para a confirmação ou refutação de hipóteses oriundas da academia, das instituições de pesquisa e centros de planejamento em saúde, apontando caminhos para o aperfeiçoamento destes serviços de prospecção e/ou projeção, além de apoiar o processo decisório.

Ao mesmo tempo que as fragilidades dos conselhos também são reportadas na literatura, os participantes de conselhos e conferências de saúde tem pouco acesso à informação das experiências bem-sucedidas (CARVALHO, 2007).

Segundo Silva *et al.* (2009, p. 107), metade das reuniões dos conselhos de saúde são destinadas a “[...] longas intervenções informativas, em busca de subsídios para a tomada de decisão [...]”, revelando ao mesmo tempo a importância conferida à informação, mas também as consequências da ausência de organização dessas informações, de forma a sistematizar a vinculação das informações relevantes às decisões que estão relacionadas.

Neste sentido, espera-se que a base de dados, informações e conhecimentos sobre as decisões deliberadas, relacionadas nos documentos acumulados nas Conferências Nacionais de Saúde, desde os que subsidiam a definição das demandas de saúde até a análise das respostas públicas a essas demandas, seja o *corpus* de análise sobre o qual irá incidir a taxonomia proposta nesta tese, contextualizada na representação da totalidade do processo participativo no processo decisório do planejamento em saúde.

Mais do que conhecer a realidade, a participação cidadã também é uma via de interferência e/ou transformação desta realidade, sendo fundamental a composição de estratégias que possam inserir os diversos atores da participação cidadã no processo decisório efetivamente.

Segundo Bordenave (1983, p. 73),

[...] a qualidade da participação se eleva quando as pessoas aprendem a conhecer a realidade, a refletir, a superar contradições reais ou aparentes, a identificar premissas subjacentes, a antecipar consequências, a entender novos significados das palavras, a distinguir efeitos de causas, observações de inferências e fatos de julgamentos.

Conhecer os problemas de saúde pela voz de quem vivencia e é capaz de reconstruir historicamente o processo que levou ao referido adoecimento, como pensar em conjunto as ações concretas que podem intervir o mais precocemente possível nesse processo, é efetivar a participação cidadã (COSTA; VIEIRA, 2013), e mais além, é na amarração desses “fios soltos”, isolados e fragmentados que se consegue relacionar as demandas de saúde à reivindicação

popular de participação na construção das respostas públicas a essas demandas, e apoiar decisões coletivas relacionadas à essas respostas.

A recente pandemia de COVID-19 também, além de evidenciar e agravar as questões relacionadas às condições de vida e de trabalho de um grande contingente da população, vem provocando reflexões importantes entre a população sobre quais informações seriam relevantes para apoiar seu processo decisório em relação ao enfrentamento desta pandemia.

Em uma situação de emergência sanitária, a tendência da informação estar embutida em um conjunto de recomendações verticais baseadas em evidências científicas, nem sempre em linguagem acessível para construir um caminho com a participação cidadã, e com o mesmo conteúdo para uma população em condições tão desiguais de vida e de trabalho, são pontos que também fragilizam a cultura participativa e a adesão às referidas recomendações.

A partir de observações empíricas no âmbito do planejamento, gestão e controle da execução das políticas do SUS, pode-se afirmar que os achados da literatura em contexto nacional são evidenciados na prática das conferências de saúde, que se configuram como espaço institucionalizado para a participação cidadã no processo de planejamento.

Especificamente em ações realizadas no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria do SUS em Mato Grosso, verificou-se que a construção do relatório de auditoria assistencial e de recursos em saúde é muito mais trabalhosa e demorada, podendo até chegar a ser inconclusiva, quando se depara com grandes volumes de dados e informações desestruturados, e quando se busca apoio em outros relatórios realizados com o mesmo objeto, a confusão é ainda maior, porque cada trabalho tem sua organização baseada no entendimento subjetivo do técnico.

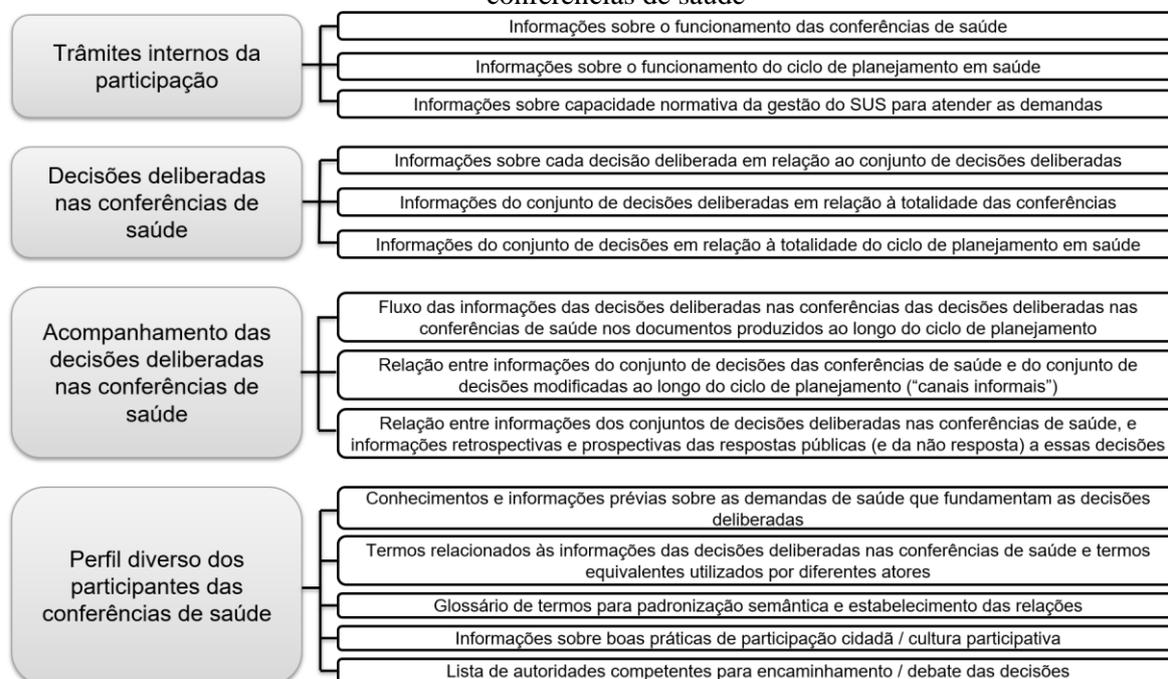
Extrapolando para a atuação das conferências e conselhos de saúde, os procedimentos de análise podem ser ainda mais comprometidos, pelo fato do trabalho de conselheiros e conferencistas ser voluntário, muitas vezes acumulados com outras atividades remuneradas, e sem necessariamente terem educação formal que os familiarizasse com os termos especializados utilizados na redação dos documentos que são submetidos à apreciação e deliberação destas instâncias.

Da mesma forma, os conferencistas também tinham limitações em relação à discussão do funcionamento da própria conferência e do fluxo que as deliberações deveriam seguir no ciclo de planejamento. A periodicidade quadrienal das conferências, sem aparente relação com o cotidiano das ações e serviços de saúde e com os resultados do processo de participação cidadã no ciclo anterior, também favorece a cultura de opacidade informacional.

Na Figura 2, busca-se sintetizar as principais lacunas informacionais observadas na breve revisão de literatura realizada para caracterizar o problema sobre o qual esta tese tem como contexto.

Diante dos desafios e das especificidades sintetizados, questiona-se: como construir um modelo de organização da informação que apoie o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde? Parte-se inicialmente do reconhecimento desses desafios e especificidades, categorizando as informações que estão ausentes considerando o marco temporal das conferências de saúde, conforme representado na figura abaixo.

**Figura 2** – Desafios e lacunas informacionais no processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde



Fonte: Elaboração própria.

Considerando as lacunas informacionais no processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, representadas na Figura 2 e levantadas a partir de breve revisão sobre o tema, tem-se como pergunta de pesquisa: Como organizar as informações para apoiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, a partir dos documentos que compõem o ciclo de planejamento em saúde, de modo que seja possível (i) a compreensão da totalidade na qual a sua decisão se insere, (ii) as relações estabelecidas entre as decisões de diferentes atores sociais, (iii) as demandas públicas que subsidiam essas decisões, (iv) cenários prospectivos em relação às respostas públicas para atender essas demandas; e (v) o acompanhamento dos desdobramentos das referidas decisões?

## 1.2 Justificativa

Para Batista (2010), três dimensões interferem no acesso à informação pública, quais sejam: dimensão física, diretamente relacionada com a organização da informação para a recuperação de documentos nos quais estão contidas as informações; dimensão intelectual, relacionada à linguagem e formato adequados para os cidadãos; e a dimensão comunicacional, relacionada a problemas no fluxo da informação ou do excesso informacional.

Especificamente neste trabalho, serão focadas as dimensões intelectual e comunicacional, na tentativa de organizar as informações que estão atualmente desestruturadas, para apoiar o processo decisório da participação cidadã em saúde.

Neste sentido, para Berger e Luckmann (2009), o cientista pode contribuir para a minimização das interferências das dimensões intelectual e comunicacional quando desenvolve suas pesquisas na e para a sociedade.

Esta parceria com a sociedade é relevante na medida em que o processo de interiorização das informações públicas pode ser vivenciado não só pela internalização do que está dado, mas sim quando os indivíduos são participantes do processo de objetivação, atualmente potencializado pelos avanços nas tecnologias de informação e comunicação.

Para tanto, é preciso que o conhecimento sobre as possibilidades de compreensão dos fenômenos sociais esteja disponível e que sejam flexíveis, ao invés de partir do dogma de que a disseminação de uma compreensão única seja alternativa para findar com as desigualdades entre os indivíduos.

Berger e Luckmann (2009), ao estudarem como o conhecimento é construído, concluíram que este processo de compreensão é mediado em um mundo intersubjetivo e nomeado de “objetivação”, e se dá a partir de uma ordenação prévia da realidade, pela classificação e representação dos objetos em uma totalidade ou contexto, que nos permite compartilhar essa ordenação com outros indivíduos da sociedade e estabelecer nossas relações.

Para Senra (1994), os dados são elementos objetivos presentes na realidade, e que o processamento desse dado, a partir dos conhecimentos prévios e do contexto, é que dá origem à informação. A disseminação democrática das informações públicas insere-se na oferta de informações, organizadas em classificações ou indexações (SENRA, 1994).

Esta ordenação no nível individual, passa por um processo complexo, cíclico e individual, que se inicia na exteriorização do mundo subjetivo (ou interno) no mundo social; esse mundo subjetivo se choca com um mundo social estruturado, que engloba desde os papéis

sociais e sua tipificação, até os conhecimentos aos quais seremos expostos; e por fim, a interiorização do que apreendeu como verdade objetiva (BERGER; LUCKMANN, 2009).

Araújo (2006) coloca que a construção de modelos que ordenam o conhecimento permite que as pessoas consigam incorporar novas informações, a partir do reconhecimento destas nestes modelos prévios. A forma mais efetiva de comunicar uma informação seria, portanto, na correlação da nova informação com os modelos prévios e no estabelecimento de relação entre o que já se conhece e o que se pretende conhecer.

É enfatizado que o conhecimento da realidade é uma construção social e histórica, que só se constitui na e pela atividade humana, mas não necessariamente dos indivíduos envolvidos na situação concreta (BERGER; LUCKMANN, 2009).

Das experiências que comprovam ou refutam a objetivação do mundo, vamos construindo tipificações que não só se relacionam com as experiências das quais se originaram, mas que nos ajudam na estruturação social, ou seja, na forma como mesmo que parcialmente, organizamos a realidade social.

As tipificações nos auxiliam na ordenação em categorias em nível abstrato, permitindo um aprendizado não só oriundo da experiência própria, mas também da que se conforma histórica e socialmente nos coletivos, e são repassadas em forma de conhecimento (BERGER; LUCKMANN, 2009).

Estas tipificações relacionam-se à linguagem compartilhada, aos termos específicos e seus respectivos campos semânticos, à temporalidade, à significação linguística, à visão dominante de mundo, à familiaridade e com o conhecimento que é relevante para os indivíduos e instituições com os quais se relacionam, tendo esta última a tarefa particular de objetivar a atividade humana (BERGER; LUCKMANN, 2009).

As instituições, portanto, tem um papel relevante não só na construção do conhecimento, mas também na definição do que será nomeado como tal, e também na configuração de papéis sociais afetados pelas necessidades de conduta para o funcionamento das instituições.

A definição de papéis sociais pode determinar também os conhecimentos objetivos aos quais será exposto e os submundos nos quais terá as “verdades objetivas” reificadas, ou seja, transformadas em fatos incontestáveis, tais quais os fatos naturais (BERGER; LUCKMANN, 2009).

Outro elemento importante da contribuição de Berger e Luckmann (2009) é do conceito de universo simbólico, que não mais reside no indivíduo e em seu estoque de conhecimento, mas que se configura como uma construção coletiva que integra em uma totalidade o conjunto

de significados considerados como verdade, tanto no coletivo quanto no individual, incluindo as tipificações e os papéis sociais.

Na escolha de uma compreensão da realidade em sua totalidade ou de várias possibilidades, Berger e Luckmann (2009) acreditam que esta construção que está em processo, e não pode ser dada, tem de se adequar às necessidades dos indivíduos, e não o contrário.

Isso se torna mais importante em uma sociedade com tantas desigualdades sociais como a brasileira, em que não é possível conformar múltiplas configurações da realidade a um padrão único de totalidade, e ainda esta realidade pode ser transformada pela atividade humana.

Retomando o problema apresentado no item anterior, várias tentativas de formação de participantes de conferências de saúde foram empreendidas ao longo dos 30 anos de transformação da função social desses espaços colegiados, mas este não é o escopo deste trabalho, e sim de buscar representar um modelo que permita o acesso a novas informações que possam apoiar o processo decisório da participação em saúde, a partir da sua relação com o conhecimento prévio dos cidadãos e cidadãs.

Antes do desenvolvimento de um instrumento informacional que tem por finalidade facilitar o acesso e/ou a recuperação da informação, é preciso construir um modelo de organização da informação que seja comum à compreensão dos diferentes membros da participação cidadã, e que permita aos usuários filtrar quais informações são relevantes no conjunto de um grande volume de dados, tal qual o produzido no setor saúde.

Nesse contexto atual de “excesso informacional”, cabe à CI o estudo da organização da informação para facilitar a comunicação entre produtores e usuários de informação e, em especial, à informação específica necessária para o desenvolvimento de atividades organizacionais (FREIRE, 2002), tais como o planejamento das respostas públicas às demandas de saúde.

Nesse propósito, a CI originalmente se organizou enquanto campo de conhecimento, a partir da necessidade de tratamento de um grande volume de informações produzidas e reprimidas durante as grandes guerras mundiais da primeira metade do século XX (FREIRE, 2002).

A CI tem, como ciência social aplicada, um importante papel em facilitar a recuperação da informação tempestiva, oportuna e consistente de interesse de indivíduos e coletivos, e também de inserir grupos em práticas documentárias que os possibilite intervir sobre a realidade dos fenômenos informacionais.

A informação é um tópico relacionado a uma grande diversidade de fenômenos de interesse da ciência, no entanto, somente a partir da metade do século XX que se estrutura

formalmente uma disciplina que pretende tratar da informação como seu objeto de estudo, denominada CI.

Capurro e Hjørland (2004) colocam a ampliação do objeto de estudo da CI, a partir do desenvolvimento dos paradigmas do campo, quais sejam: o paradigma físico (informação como “coisa”), o paradigma cognitivo (a informação passa a ser intangível – sem possibilidade de mensuração – e o objeto de estudo da ciência passa a ser o produto dos processos cognitivos humanos pelos quais passa a representação da informação), e o paradigma social (objeto de estudo como aquilo que é reconhecido por um coletivo e produto de uma determinação histórico social).

Os paradigmas na CI não se desenvolveram de forma sucessória, sendo trazidos para campo na medida que a complexidade dos fenômenos informacionais carecia de outros pontos de vista, coexistindo, se complementando e se alimentando de referenciais de outros campos de conhecimento.

No modelo da perspectiva crítica e do ponto de vista ou paradigma social, a CI amplia seu escopo para além da informação e dos processos físicos e mentais envolvidos, englobando também as práticas sociais que determinam a materialização de determinadas informações, em detrimento de outras possibilidades de compreensão da realidade, e a importância do pré-conhecimento compartilhado nas comunidades discursivas para construção do sentido das informações (LARA, 2010).

Conhecer as comunidades discursivas, as fontes de informação utilizadas para construção do conhecimento e produção de sentido, bem com sua circulação e processo de retroalimentação, são elementos importantes na organização da informação para coletivos distintos (ARAÚJO, 2006).

No paradigma social, a CI estuda a informação como constituída de elementos histórico-sociais, parte de uma totalidade e que sofre influência e é influenciada pelas contradições estabelecidas na sociedade, e prevê na construção e aplicação da CI, possibilidades de intervenção na realidade (ARAÚJO, 2003).

Por tratar de um objeto de estudo que possui transversalidades com vários outros fenômenos sociais, a CI constitui-se como uma ciência de natureza interdisciplinar, que dialoga com outras disciplinas e áreas de conhecimento para conformar seus objetos de estudo.

Ao mesmo tempo que esta natureza representa um avanço devido à complexidade dos fenômenos informacionais, segundo Saracevic (1995), também representam pressões que forcem o campo a estar constantemente revendo sua conformação, quais sejam: a velocidade da evolução da sociedade da informação, as inovações disruptivas provocadas pelo avanço

tecnológico, e as mudanças que estas duas pressões impõe às ciências com as quais a CI estabelece relações de interdisciplinaridade.

No tratamento dos dados e organização do conhecimento necessário para a interpretação compartilhada daquela informação, a CI, além dos esforços iniciais voltados para o processo de recuperação da informação, também se dedicou aos usuários dos sistemas de recuperação da informação e ao contexto histórico-cultural de produção e consumo desta informação.

Constituindo-se como um dos passos da organização da informação, a produção da metainformação pelos cientistas da informação, que se configura sobre a “*informação da informação*”, contribui para delimitar significado na medida em que fornece elementos para a contextualização das informações (GOMEZ, 1995).

Relacionando as contribuições de Berger e Luckmann (2009) no contexto da CI, temos as linguagens documentárias, que são sistemas de organização do conhecimento e que tem a finalidade de decodificar os dados e informações construídos como linguagem natural, em esquemas de classificação que nos permita reconhecer a informação dentro de totalidades ou contextos compartilhados pelos usuários destas linguagens documentárias.

A linguagem documentária pode contribuir para a visão ampliada do contexto informacional, ao mesmo tempo em que permite ao usuário buscar as especificidades de suas necessidades informacionais, e comparar com as outras possibilidades disponíveis no sistema.

Para elaboração das linguagens documentárias sobre domínios específicos, pode-se utilizar como fontes itens bibliográficos, para garantir que os termos são referendados na literatura especializada, e registros documentais, para garantir que os termos são utilizados pelos potenciais usuários.

Os itens bibliográficos são definidos por Reitz (2017, s/n) como “[...] documento ou conjunto de documentos em qualquer formato físico (impresso ou não impresso) que é dada uma única descrição bibliográfica na catalogação [...]”, e podem ser filtrados a partir de bancos de dados bibliográficos oficiais.

Os registros documentais garantem certos atributos às informações ali contidas, tais como imparcialidade, autenticidade, naturalidade, inter-relacionamento e unicidade; com a finalidade na atualidade, e não somente como um registro para consultas futuras (DURANTI, 1994).

A organização de arquivos em uma linguagem documentária também contribui para a avaliação das decisões tomadas a partir das informações disponíveis, criando uma memória institucional e conformando a gestão organizacional de acordo com um processo de evolução

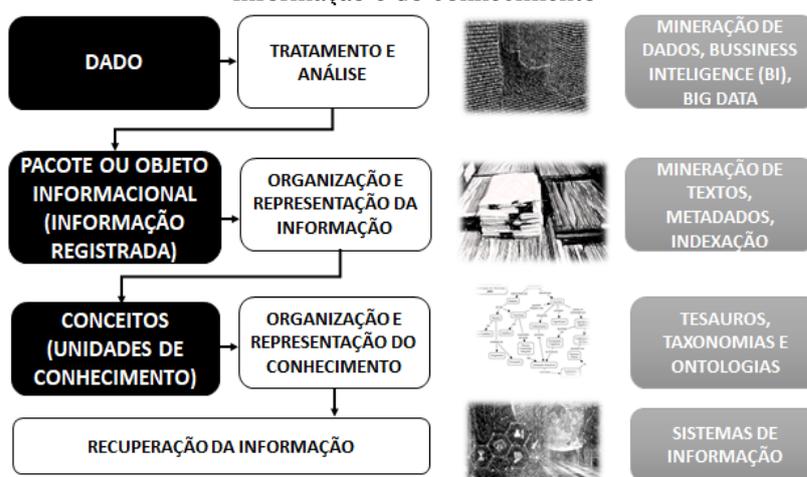
do conhecimento sobre a sua atuação, e principalmente sobre as formas de lidar (processos de tomada de decisão) com problemas inerentes a esta atuação.

A importância dessa memória institucional traduzida na organização das informações existentes para recuperação efetiva, faz-se ainda mais premente em organizações de alta rotatividade e grande heterogeneidade dos estoques informacionais prévios e interesses a serem defendidos, como nas conferências de saúde.

Quando se constrói a representação do conhecimento para determinados sujeitos, esta especificação permite a este grupo não só “decifrar” o que está representado, como também participar da disputa pelos elementos que compõem os conceitos em jogo.

Na CI, desenvolve-se estudos sobre a organização e representação da informação e do conhecimento, desde o dado, e possíveis estratégias metodológicas e produtos para apoiar a recuperação de informações relevantes para processos organizacionais (Figura 3).

**Figura 3** – Relação entre organização da informação e do conhecimento e representação da informação e do conhecimento



Fonte: Elaboração própria, com base em Bräscher e Café (2008)

Mas não é qualquer informação que modifica o conhecimento, entendido por Bräscher e Café (2008) como uma estrutura provisória, mas sim as informações registradas que são organizadas e representadas de forma que façam sentido para o usuário desta informação.

Existe, portanto, uma intencionalidade e um prévio repositório de sentidos, acessível através de conceitos, dos usuários para os quais se organiza e representa a informação, que permite aos trabalhadores da informação, para além de disponibilizar a informação requerida, recuperar a informação que pode alterar o conhecimento e ser suficiente para resolver a necessidade dos usuários.

A taxonomia, que é um tipo de linguagem documentária, tem por objetivo organizar justamente conceitos, seus termos e as relações estabelecidas entre esses termos, para uma

finalidade específica, e tem como produto a representação do conhecimento, que pode ser acessível a determinados sujeitos que compartilham os sentidos e significados empregados nos conceitos.

Dentre as vantagens para utilização da taxonomia, estão a possibilidade de recuperação da informação por navegação, que desencadeiam uma sequência lógica de apresentação da informação e facilitam o processo de aquisição de conhecimento sobre o domínio estudado e a recuperação da informação demandada pelo usuário de forma precisa (CAMPOS; GOMES, 2007).

No caso do processo decisório da participação cidadã em saúde, a taxonomia tem a potencialidade de, inclusive, delimitar quais seriam os documentos orgânicos, e estabelecer fluxos de informações extraídos dos documentos para a compreensão deste domínio e da efetividade da participação cidadã nesse planejamento.

Em comparação com outras linguagens documentárias como o tesouro, a taxonomia apresenta dentre suas vantagens, de cobrir temas considerando os contextos relacionados, ter maior flexibilidade e dinamicidade na sua estrutura para futuras alterações e representar categorias e termos com etiquetas centradas no usuário (ZHONGHONG; W.; CHAUDHRY, A. S.; KHOO, C.; 2006).

Desta forma, diante dos desafios e lacunas informacionais para subsidiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde discutidas na subseção 1.1 e das contribuições da CI para organizar as informações, justifica-se o presente projeto de tese, de elaborar uma taxonomia para apoiar o processo decisório da participação cidadã em saúde.

### **1.3 Conclusão e proposta da autora**

Apesar de haver muitos registros na literatura da fragilidade dos produtos finais das conferências de saúde, poucos estudos se debruçaram no desenvolvimento de instrumentos para apoiar o processo decisório da participação cidadã nesses espaços.

Observados no problema apresentado anteriormente, as informações a serem organizadas vão desde (i) a compreensão do processo de planejamento da política de saúde (totalidade da qual as conferências de saúde fazem parte), em como este é organizado, quais são os atores institucionais participantes e quais informações são relevantes para apoiar a participação cidadã; e (ii) a estruturação do processo decisório que vem sendo realizado ao longo dos últimos 30 anos nas conferências de saúde, com a identificação da organização das decisões deliberadas e suas repercussões no planejamento, o acompanhamento da formulação

dos instrumentos de planejamento e fiscalização da execução das políticas de saúde, que devem apontar os desdobramentos das decisões deliberadas; até a construção de um modelo de relacionamento entre essas informações, a fim de representar um conhecimento com significado que apoie a participação.

A escolha da construção de uma linguagem documentária, a partir da estrutura do processo decisório da participação cidadã na saúde e da gestão da informação do planejamento em saúde, justifica-se também pela necessidade de aumentar a percepção do cidadão de que sua intervenção tem consequências na definição, execução e avaliação das respostas públicas às demandas de saúde, e esta percepção aumentada contribui para fomentar uma cultura democrática e/ou participativa.

A partir do exposto acima em linhas gerais, e que será mais detalhado ao longo desta introdução, tem-se por objetivo elaborar um instrumento informacional de apoio ao processo decisório da participação cidadã em saúde, que aproxime o referido processo decisório nas conferências de saúde aos instrumentos de planejamento governamental das respostas públicas às demandas da população.

Este trabalho está estruturado em dez seções, sendo nesta primeira detalhado o tema de pesquisa, o problema observado, tanto por observação empírica quanto na literatura; a justificativa, que apresenta os argumentos de como a Ciência da Informação (CI) pode contribuir na organização da informação para apoiar o processo decisório da participação cidadã em saúde; e os objetivos geral e específicos.

Na revisão de literatura (seção dois) foi realizado levantamento de trabalhos correlatos desenvolvidos e também traçado um panorama das principais contribuições aos temas transversais desta tese, tais como gestão da informação, taxonomia, processo decisório e participação cidadã em saúde.

Na seção três, são discutidos, de forma preliminar, o surgimento do novo Coronavírus (Sars-Cov-2) no ano de 2019, durante a realização desta pesquisa, e na seção quatro são apresentadas reflexões sobre a proposta desta tese no contexto de enfrentamento da COVID (*Corona Virus Disease*)-19 no Brasil.

Na seção cinco, são apresentados os pressupostos e a tese elaborados a partir da revisão da literatura, e que foram confirmados com a aplicação da metodologia descrita na seção seis, que busca sistematizar o desenho da pesquisa, o contexto do estudo e a etapa de elaboração, bem como as estratégias metodológicas utilizadas.

Na seção sete são apresentados os resultados verificados com a aplicação da referida metodologia, sendo o mais relevante deles a taxonomia elaborada, na seção oito são discutidos

os principais achados desta pesquisa à luz da revisão de literatura realizada, na seção nove são ponderados possíveis desdobramentos da aplicação da taxonomia em contextos de participação cidadã na saúde, e em especial com a finalidade de apoiar o controle social na saúde, e na seção dez são apontadas as propostas de futuras atividades e pesquisas após a conclusão do curso de pós graduação no nível doutorado.

## **1.4 Objetivos**

### ***1.4.1 Objetivo geral***

Elaborar um modelo de taxonomia que facilite a organização e a recuperação da informação, para apoiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde.

### ***1.4.2 Objetivos específicos***

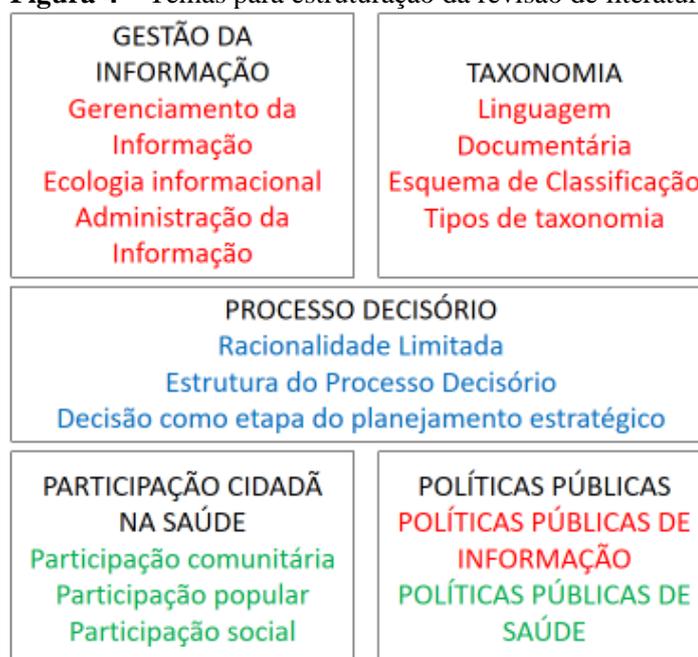
- (i) Mapear as fontes de informação dos documentos acumulados nas conferências de saúde;
- (ii) Descrever o fluxo de informações do processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, considerando a totalidade da qual este processo faz parte; e
- (iii) Ordenar as informações descritas em uma taxonomia, estabelecendo relações funcionais entre os termos referentes a estas informações e às respostas públicas aos determinantes sociais das demandas de saúde.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Partindo do problema de pesquisa e objetivos desta tese, a revisão de literatura inicialmente busca trazer nos trabalhos correlatos, estudos que também se debruçaram sobre o objeto de pesquisa que relaciona os temas de gestão da informação, taxonomia, processo decisório, participação cidadã na saúde e políticas públicas.

Em seguida, considerando as conferências e conselhos de saúde como uma organização social, trabalhou-se os referenciais teóricos dos temas supramencionados (Figura 4), extrapolando conceitos trabalhados por autores em contextos organizacionais e institucionais, e relacionando-os com as delimitações deste estudo.

**Figura 4** – Temas para estruturação da revisão de literatura



Fonte: Elaboração própria.

A seleção dos autores utilizados na revisão de literatura baseou-se nos trabalhos de referência tanto da Ciência da Informação sobre os temas da gestão da informação, processo decisório, taxonomia e políticas públicas de informação, quanto da Saúde Coletiva sobre os temas da participação cidadã em saúde no Brasil e das políticas públicas de saúde. Estes trabalhos indicam perspectivas sobre os temas, seu desenvolvimento histórico e/ou aspectos teóricos e metodológicos significativos para a sistematização e execução da metodologia desta pesquisa.

A gestão da informação encontra na literatura um arcabouço de contribuições teóricas fundamentadas em experiências internacionais, que tratam desde o gerenciamento interno das informações, passando pela necessidade de conhecimento do ambiente externo que influencia nas decisões tomadas, até novas conformações de organização voltadas para a administração da informação como elemento estratégico para o cumprimento da finalidade institucional, quais sejam McGee e Prusak (1994), Davenport (2002) e Choo (2003).

Dentro da gestão da informação, analisaremos a taxonomia como uma linguagem documentária, estudada na perspectiva de compreender como a organização da informação e do conhecimento passam pela decodificação da linguagem natural em uma linguagem artificial que possibilite o compartilhamento das mensagens.

E entre as diferentes estratégias de linguagem documentária, a taxonomia, inicialmente utilizada nas ciências naturais como um esquema de classificação, vem sendo amplamente utilizada para organização do conhecimento e recuperação de informações, ao estabelecer relacionamento entre termos relacionados ao domínio estudado.

O processo decisório, tal qual a gestão da informação, é apoiado pela discussão de autores clássicos que refletiram sobre os problemas existentes no processo decisório, tanto em relação às potencialidades e limitações individuais dos sujeitos envolvidos, quanto do próprio processo decisório interna e externamente, na sua relação com macroprocessos nos quais está associado, tais como Simon (1971), Mintzberg *et al.* (1976) e Ansoff (1991).

A participação cidadã na saúde foi institucionalizada na década de 1990 e se conformou enquanto parte do direito à saúde, pretendendo-se constituir uma política de fortalecimento da cultura participativa, protagonismo da população no processo de planejamento e qualificação das respostas públicas às demandas de saúde.

A referida participação se dá no Brasil, a partir de influências de experiências internacionais e nacionais, em 3 tipos: comunitária, popular e social, e seu conhecimento pode fundamentar quais estratégias de apoio informacional são mais relevantes para os cidadãos e cidadãs na participação em conferências de saúde.

A finalidade principal da participação social está na elaboração das políticas públicas de saúde que nortearão a implementação do SUS, e deve ser subsidiada por políticas públicas de informação que qualifiquem o acesso à informação pública para subsidiar o processo decisório do planejamento em saúde.

## 2.1 Trabalhos correlatos

Apesar da tomada de decisão sobre a resposta pública às demandas de saúde ainda estar concentrada nas mãos dos gestores, como vimos no problema (1.1) e conseqüentemente, do poder executivo federal que ainda tem papel relevante na alocação de recursos em forma de incentivos financeiros, desde o início da implementação do SUS estudos foram desenvolvidos focados na informação para apoiar a participação cidadã no planejamento dessas respostas.

Moraes (1998) tem como fio condutor da sua tese de doutorado sobre a potencialidade da informação para a efetividade do direito à saúde, a seguinte questão: “Como as Informações em saúde podem contribuir para um processo democrático emancipador ao Homem brasileiro na passagem para o terceiro milênio?”.

O ideal emancipatório do movimento sanitário brasileiro, que subsidiou o arcabouço normativo do SUS, era fundado na construção de uma consciência sanitária de que os determinantes do processo saúde-doença extrapolavam o setor saúde. Assim, as informações relevantes para essa emancipação perpassam os temas sociais, econômicos, políticos, ideológicos e culturais (Figura 5), nas dimensões individual, com a gestão da vida; e coletiva, com os modelos de gestão (MORAES, 1998).

Organizar a informação, com valor agregado para os cidadãos, é fundamental para efetivar o acesso à informação, ainda que disponíveis em bases de dados públicas, e contribuir para a participação cidadã, já que a informação, para Moraes (1998), é o processo que organiza a ação.

Os produtores da informação são atores-chave para o processo da organização da informação, uma vez que estes são os responsáveis pela racionalidade organizativa e de disseminação dos estoques informacionais do setor saúde, que foram implementados no Brasil com foco em questões técnicas ou clínicas, produtivistas, fragmentadas ou sem interoperabilidade; sem nexos diretos com a gestão da vida ou modelos de gestão (MORAES, 1998).

Esse foco reflete a organização da sociedade como um todo e do sistema de informação em saúde anterior ao SUS, que funcionava como apoio ao controle do Estado sobre a sociedade (MORAES, 1998).

As pesquisas referentes à organização da informação em saúde são fundamentais para reorganizar os modelos existentes da perspectiva dos cidadãos, buscando como finalidade o que Moraes (1998) nomeou como “cidadania informacional”, que contribuirá para apoiar o processo decisório tanto no nível individual quanto coletivo.

**Figura 5** – Informações relevantes para a participação cidadã em saúde no nível municipal



Fonte: Adaptado de Moraes, 1998

Moraes (1998, p. 114) propõe, a partir de suas conclusões, a necessidade de construção de mecanismo coletivo de gestão da informação em saúde, para que a população tenha “[...] direito não só de serem informados, mas também perguntarem ao Estado e participarem do processo de formulação das perguntas que o Estado faça [...]”.

Cecílio e Matsumoto (2006) propuseram a construção de uma taxonomia operacional das necessidades de saúde, considerando a dimensão social dos fenômenos da saúde e as condições particulares dos indivíduos e seu caráter dinâmico e histórico; com a finalidade de contribuir para a organização do cuidado em saúde nos territórios.

A partir de uma pesquisa de doutorado que realizou exaustiva revisão do domínio “necessidade de saúde”, Matsumoto (1999 *apud* CECÍLIO, 2001), construiu uma taxonomia operacional para avaliar um serviço de saúde e sua adequação às necessidades de saúde dos usuários (CECÍLIO, 2001; CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Baseado no pressuposto de que a organização do cuidado em saúde estava centrada na oferta de uma cesta de serviços, de acordo com a especialidade e nível de complexidade, a não adequação dessa oferta a uma ‘cesta de necessidade de saúde’ foi verificada como um obstáculo à efetivação deste cuidado (CECÍLIO, 2001).

Para minimizar esta questão, “[...] a adoção de uma taxonomia de saúde é um primeiro passo, mesmo tendo de enquadrar um tema tão complexo em alguma forma de classificação, sob risco de reducionismo ou simplificação excessiva [...]” (CECÍLIO, 2001, p. 127).

Cecílio (2001) parte da ideia de planejamento/política, na qual é reconhecida a disputa de poder de diferentes atores na defesa de seus interesses, com diferentes recursos e capacidade de enfrentamento dessa disputa; em contraposição ao planejamento/programa, no qual as informações e indicadores de saúde são suficientes para buscar a redução da iniquidade.

Portanto, na construção da taxonomia operacional de necessidades de saúde, foi considerada a perspectiva da equidade dos atores usuários na disputa por seus interesses, compreendendo sua relevância tanto para a organização de cuidado efetivo quanto para o modo de viver, dialogando ao mesmo tempo com a dimensão individual e social do processo saúde-doença (CECÍLIO, 2001; CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

As quatro categorias gerais dessa taxonomia seriam: (i) necessidade de boas condições de vida; (ii) necessidade de acesso garantido a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; (iii) necessidade de ter vínculo com uma equipe ou trabalhador de saúde; e (iv) necessidade de ter autonomia no modo de andar a vida (CECÍLIO, 2001; CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006); especificadas na Figura 6.

**Figura 6** – Categorias da taxonomia das necessidades de saúde

I. BOAS CONDIÇÕES DE VIDA	II. ACESSO GARANTIDO A TODAS AS TECNOLOGIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	III. VÍNCULO COM UMA EQUIPE OU PROFISSIONAL DE SAÚDE	IV. AUTONOMIA
I.I FATORES DO AMBIENTE EXTERNO QUE INFLUENCIAM A HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA I.II LUGARES OCUPADOS NO PROCESSO PRODUTIVO	II.I TECNOLOGIAS LEVES II.II TECNOLOGIAS LEVE-DURAS II.III TECNOLOGIAS DURAS	III.I RELAÇÃO CONTÍNUA NO TEMPO III.II RELAÇÃO CONTÍNUA PESSOAL III.III RELAÇÃO CONTÍNUA INSUBSTITUÍVEL	IV.I INFORMAÇÃO EM SAÚDE IV.II EDUCAÇÃO EM SAÚDE IV.III RESSIGNIFICAÇÃO DA VIDA IV.IV LUTA PELAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Fonte: Elaboração própria, baseado em Cecílio (2001)

Rodrigues (2009) realizou um estudo de necessidades informacionais de conselheiros de saúde brasileiros, a partir de uma pesquisa quanti-qualitativa, com aplicação de questionário estruturado em 676 conselheiros de saúde das 3 esferas de gestão (nacional, distrital, estadual e municipal), dos 4 segmentos (gestores, prestadores, trabalhadores e usuários) e de todas as regiões do Brasil (sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste), e 30 entrevistas semiestruturadas com conselheiros de saúde.

Os resultados subsidiaram a construção de um modelo de comportamento informacional dos conselheiros de saúde, baseado nos constructos teóricos de Choo (2003) de necessidades, busca e uso da informação, considerando aspectos cognitivos, emocionais e situacionais.

**Quadro 1** – Modelo de comportamento informacional de conselheiros de saúde

Situação / contexto → mecanismo ativador da necessidade (variáveis intermitentes: psicológicas, demográficas, ambientais, características dos recursos / fontes) → mecanismo ativador da busca → processo de busca informacional (ativa, passiva e continuada) → processo e uso da informação

Fonte: Elaboração própria, baseado em Rodrigues (2009)

Rodrigues (2009) concluiu que os sistemas de informação em saúde à época da pesquisa eram insuficientes para subsidiar o controle social com informações estratégicas. O autor recomendou um instrumento nos moldes de uma plataforma virtual, que reúna em um só local as fontes das informações referidas pelos participantes da pesquisa como mais relevantes, tais quais: informações financeiras do sistema de saúde; informações administrativas referentes à capacitação dos conselheiros; legislações, portarias e normas expedidas no âmbito do SUS; links para portais de outros conselhos, produtos do DATASUS, legislação em saúde, capacitação e treinamentos disponíveis, repositório de conhecimento produzido pelos pareceres, diretório de pessoas / especialistas no controle social (RODRIGUES, 2009).

Rodrigues (2009) recomendou ainda a realização de pesquisas no âmbito da CI com detalhamento das necessidades de cada tipo de informação, incluindo as macrorregiões brasileiras e políticas para grupos específicos, como da terceira idade.

O comportamento de busca de participantes das arenas decisórias de saúde é condicionado a necessidades variadas, desde as necessidades individuais às coletivas, compartilhadas por um grupo de pessoas a partir da sistematização das necessidades individuais (Quadro 1).

Bradshaw (1972) elaborou uma taxonomia das necessidades sociais, estabelecendo enquanto categorias centrais: (i) necessidade normativa; (ii) necessidade sentida; (iii) necessidade expressa ou demanda; e (iv) necessidade comparada.

A necessidade normativa tem relação com necessidades previstas e transformadas em normas por trabalhadores, gestores ou pesquisadores sociais, como um parâmetro de condições sociais desejáveis, quantitativos ou qualitativos, a partir do qual serão comparadas as condições atuais das pessoas, e diante das lacunas entre o desejável e o atual, serão definidas as necessidades (BRADSHAW, 1972).

A necessidade sentida refere-se a um parâmetro estabelecido pelo próprio sujeito, de acordo com seu conhecimento prévio, crenças e percepções subjetivas em relação ao que pode ser considerado necessário para ele, enquanto que a necessidade expressa ou demanda é a busca por um serviço social que apresente resposta à necessidade sentida (BRADSHAW, 1972).

A necessidade comparada observa usuários de serviços em relação a pessoas com características semelhantes que se encontram desassistidas desses serviços, e diante das lacunas de oferta de serviços entre uma população e outra, as necessidades são definidas (BRADSHAW, 1972).

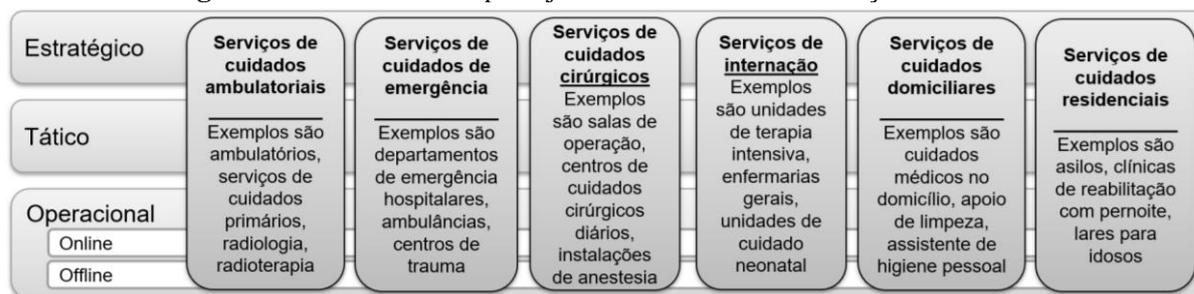
As informações relevantes para o planejamento das respostas a essas necessidades, pode se constituir a partir do conhecimento dos parâmetros consensuais vigentes, a oferta e consumo de saúde na sua relação com as necessidades normativas e no atendimento das necessidades expressas, e o estado atual e características da população que consome os serviços de saúde e da população que não consome, bem como conhecimento das necessidades sentidas que não estão previstas nos parâmetros instituídos.

Bazzoli *et al.* (1999) elaboraram, validaram e aplicaram uma taxonomia organizacional de redes e sistemas de saúde, a partir da análise das dimensões conceituais, estratégicas e estruturais de: (i) diferenciação, (ii) integração; e (iii) centralização, nas informações e dados dos documentos da Pesquisa Anual da *American Hospital Association* dos anos de 1994 e 1995, com objetivo de identificar as características comuns das redes e sistemas de saúde das quais os hospitais participantes das pesquisas fazem parte e agregar em clusters.

Os autores chegaram a quatro clusters de redes de saúde e cinco clusters de sistemas de saúde, quais sejam as redes: (1) rede de saúde centralizado; (2) rede de saúde descentralizado; (3) rede de saúde moderadamente centralizado; e (4) rede de hospitais independentes; e os sistemas de saúde: (a) sistemas de saúde centralizados; (b) sistema centralizado de médicos / seguro-saúde; (c) sistemas de saúde descentralizados; (d) sistemas de saúde moderadamente centralizados; e (e) sistemas hospitalares independentes (BAZZOLI *et al.*, 1999).

A taxonomia desenvolvida permite a futuros pesquisadores avaliar a implantação de redes e sistemas de saúde, comparar os resultados obtidos entre os diferentes clusters e apresentar novas perguntas de pesquisa em relação às redes e sistemas de saúde (BAZZOLI *et al.*, 1999).

Hulshof *et al.* (2012) elaboraram uma taxonomia para identificar, decompor e classificar as decisões em serviços de cuidado em saúde, com a finalidade de apoiar o processo decisório de gerentes e pesquisadores de serviços de saúde, a partir de pesquisa bibliográfica nos campos da pesquisa operacional e ciência da gestão / administração sobre os domínios de planejamento e controle da capacidade de recursos em saúde.

**Figura 7** – Taxonomia de planejamento e controle de serviços de cuidado

Fonte: Tradução das informações da Figura 1 de Hulshof *et al.*, 2012

Os autores trabalharam com dois eixos: eixo vertical, composto pelos níveis de planejamento tático, estratégico e operacional; e eixo horizontal, composto pelos tipos de serviços de cuidado em saúde, quais sejam: serviço de cuidado ambulatorial, serviço de cuidado de emergência, serviço de cuidado cirúrgico, serviço de cuidado hospitalar, serviço de cuidado domiciliar e serviço de cuidado residencial (Figura 7).

No planejamento tático, foram definidas as diretrizes de funcionamento de cada tipo de serviço; no planejamento estratégico, foram traçadas as decisões estruturais que darão condições para a execução das decisões de curto prazo, apresentadas no planejamento operacional. O planejamento operacional ainda foi dividido em *off-line*, que se configura como o plano propriamente dito do que fazer, e *online*, que se configura como controle e monitoramento dos processos planejados (HULSHOF *et al.*, 2012).

Aguilar-Gaxiola *et al.* (2014) elaboraram uma taxonomia hierárquica de indicadores de saúde, construída por pesquisadores e trabalhadores comunitários para monitorar a saúde da população e melhorar a oferta de serviços de saúde, tendo como categoria mais abrangente os determinantes da saúde; como nível intermediário os indicadores de saúde; e como nível mais específico as medidas quantificáveis, que não foram apresentadas no referido estudo (Quadro 2).

O objetivo da elaboração desta taxonomia era reunir uma ampla gama de indicadores de saúde comunitária reportados na literatura, em conjunto com a comunidade, em um esquema de classificação que possibilitasse a percepção, o acompanhamento e o planejamento de intervenções mais resolutivas em relação à totalidade do complexo processo saúde-doença (AGUILAR-GAXIOLA *et al.*, 2014).

**Quadro 2 – Taxonomia de planejamento e controle da capacidade de recursos em saúde**

<b>CATEGORIA GERAL</b>	<b>NÍVEL INTERMEDIÁRIO</b>
<b>Determinantes de saúde</b>	<b>Indicadores de saúde comunitária</b>
Sistema de serviços de saúde	Acesso a fornecedores de cuidados de saúde; taxas de doenças infecciosas e vacinação / serviços preventivos e projeções; processos de medição; medidas de resultados; medidas de experiência do paciente; prevenção de hospitalizações; medidas estruturais; medidas compostas
Condições gerais de saúde	Expectativa de vida; mortalidade infantil; desfechos de nascimentos; expectativa de vida saudável; anos potenciais de vida perdidos; Dias física e mentalmente não saudáveis; auto avaliação de saúde; limitação da atividade; Estresse de saúde mental / psicológica; lesão não intencional
Aspectos da saúde relacionados à qualidade de vida e bem estar	Prevalência de doenças crônicas; aspectos de saúde físicos, mentais e sociais relacionados à qualidade de vida; bem-estar / satisfação; participação em atividades comuns
Fatores pessoais e comportamentais	Escolha de estilo de vida; valores e crenças culturais; experiências da primeira infância; linguagem e alfabetação; uso de álcool e outras droga; espiritualidade
	Nível educacional; tipo de emprego; desemprego; renda; segurança financeira; taxa de pobreza; acesso à habitação; taxas de falência; sistema educacional; execuções hipotecárias; pessoas em situação de rua; qualidade da habitação; ambiente construído pela indústria; meio ambiente; crime / violência
Disparidades	Raça / etnia; gênero; habilidades físicas e mentais; geografia
Coesão social	Integração social; redes sociais; suporte social; casas de pais solteiros; competência comunitária; capital social
Estrutura social	Equidade de renda; segregação racial; processo político e relações de poder; união de parceiros não-tradicionais; discriminação

Fonte: Tradução das informações parciais da Figura 1, de Aguilar-Gaxiola *et al.* (2014)

Os estudos supramencionados apresentam propostas de taxonomia relacionadas às políticas de saúde, seja seus aspectos macroestruturais, tais como os sistemas e redes de saúde, até aspectos microestruturais, quais sejam as necessidades de saúde. As conclusões apontam tanto para a importância desses estudos no conhecimento, aperfeiçoamento e avaliação das respostas às demandas de saúde, quanto para a publicização, transparência e acesso às informações públicas, que possibilitam o envolvimento da população no processo decisório.

## 2.2 Gestão da Informação

Para Carvalho (2007), a informação é o insumo básico para o funcionamento mais eficiente de toda a engrenagem da organização, que potencializa o melhor desempenho das pessoas, processos e produtos gerados. Sua finalidade consiste na utilização de recursos informacionais para subsidiar processos de tomada de decisão (CARVALHO; ARAÚJO JÚNIOR, 2014).

A mudança da visão sobre a gestão de informação, de curadoria de informações produzidas pela organização para intervenção no ciclo de vida da informação, vem demandando desenhos específicos de acordo com as necessidades de informação da organização (MARCHIORI, 2014).

### ***2.2.1 Sistematização do processo de gestão da informação***

Para a sobrevivência das organizações, é fundamental o gerenciamento estratégico das informações, o que não significa necessariamente altos investimentos em tecnologia da informação.

McGee e Prusak (1994), acreditam que não é necessário que se tenha disponível todas as informações possíveis e se substitua o problema da escassez pela sobrecarga da informação, mas sim que as informações relevantes estejam disponíveis em tempo hábil, sejam precisas e variadas, e para isto, deve-se conhecer as necessidades informacionais dos clientes ou usuários dos serviços de informação.

A arquitetura da informação é a alternativa apresentada pelos autores para o uso da tecnologia com a finalidade de organizar a informação essencial, a partir das especificidades de um conjunto de atividades a serem desenvolvidas, e que seja flexível para incorporar as atualizações inerentes à dinâmica do processo organizacional.

Para os autores, as informações “são dados coletados, organizados, ordenados, aos quais são atribuídos significado e contexto” (McGEE; PRUSAK, 1994, p. 24), e que só tem valor quando colocada em prática, como, por exemplo, no processo decisório, em que a pessoa que recebe a informação, deve compreender o contexto na qual ela se insere e de como é possível utilizá-la da melhor maneira possível.

Esse contexto deve englobar não só as questões referentes ao problema que originou a busca pela informação, mas também aos objetivos organizacionais, à cadeia de mercado (fornecedores, compradores, concorrentes em potencial e substitutos) na qual a organização está localizada, à cadeia de valor atrelada aos bens e serviços da organização, e aspectos da ecologia da informação, relacionados pelos autores como “[...] informação competitiva, novas tecnologias, questões normativas e ambientais, questões globais, política doméstica, informação demográfica e social [...]” (McGEE; PRUSAK, 1994, p. 148).

Para sistematizar o gerenciamento das informações, estes autores apresentam a informação como relacionada tanto à definição da estratégia organizacional, quanto da sua operacionalização, sendo a avaliação de desempenho estratégico o termômetro da coerência entre a definição e a execução da referida estratégia.

Além da informação registrada em documentos, os autores ressaltam a importância da troca de informação entre os membros da organização como a estratégia de comunicação ativa mais dinâmica e que reflete o que de fato vem sendo executado na prática.

Para promoção desta troca, recomenda-se a elaboração do mapeamento de informações, nos quais os documentos que contém as informações relevantes podem ser localizados, bem

como quem são os especialistas naquele tópico, com a finalidade tanto para ampliação do alcance da contribuição de trabalhadores experientes para a formação de novos trabalhadores, quanto para a construção de uma memória organizacional, visando o registro, a preservação e a disseminação do conhecimento.

Este mapa de informações é uma estratégia que traduz o papel e a importância das informações na organização da empresa, representando um elo entre as diferentes funções e permitindo seu gerenciamento, a partir do consenso sobre o que é informação, como localizá-la, quem é o responsável e como utilizar da maneira mais adequada possível.

McGee e Prusak (1994) definem o conhecimento, não como o acesso a novas informações, mas a mudança de perspectiva e novas estratégias para atuar sobre problemas, podendo este conhecimento ser em decorrência de aprendizado adaptativo (por tentativa e erro), recomendável para ambientes estáveis e de mudanças graduais, ou gerenciado, em que são demandados processos organizacionais mais imediatos em contextos de constante mudança.

Em ambos os casos, a informação relevante é imprescindível, porque é a partir dela que os colaboradores podem dar um salto em relação ao modo como os processos organizacionais vinham sendo desenvolvidos até então, e os autores recomendam que para estimular o aprendizado, a disponibilização de dados sobre o ambiente organizacional e externo é fundamental.

Na medida que se organiza este conhecimento, também é possível potencializar sua utilização tanto na diferenciação com serviços personalizados quanto na generalização, para diferentes segmentos e atendimento de múltiplas tarefas.

Por exemplo, no processo de planejamento em saúde, conhecer se este é eficiente ou não, implica descrever a percepção do usuário em relação ao benefício proporcionado pelos bens, ações e/ou serviços ofertados, e para isto, a informação não se resume à definição e valor do objeto de contratação ou despesas diretas do Estado, porque as necessidades de saúde são complexas e singulares.

Ao mesmo tempo, necessidades de saúde que demandam contrapartida do Estado podem ser evitadas ou diminuídas se o planejamento for direcionado para os determinantes e/ou fatores associados relacionados à ocorrência da demanda.

Para o primeiro exemplo, informações que diferenciam a população contribuem para o atendimento da necessidade de saúde, e a percepção de benefício em relação ao objeto da oferta, já no segundo exemplo, o conhecimento generalizado sobre condições de saúde e doença contribuem para a promoção da saúde e prevenção destas, prescindindo da necessidade de assistência.

No contexto da participação cidadã, as informações relevantes para a realização das conferências de saúde podem contribuir com o debate não só da tomada de decisão sobre ofertar ou não, e se a oferta está conforme as normativas vigentes, mas sobretudo da qualificação da interação entre o usuário e o sistema de saúde, gerando valor e confiança.

Como tantas outras organizações, no setor saúde, também se iniciou em sistemas de gerenciamento da informação mais quantitativos, orientados por procedimentos realizados e nos valores a serem pagos pelo governo central por estes procedimentos. No entanto, as necessidades de informação, segundo McGee e Prusak (1994), são múltiplas e podem sofrer alterações, com urgência e que não se encontram estruturadas em um sistema que somente possui informações quantitativas.

A política de informação e a escolha do gerente responsável também são elementos relevantes para o sucesso do gerenciamento da informação, com a adequação à finalidade e aos processos organizacionais, ao vocabulário utilizado, à qualidade da informação e à contínua avaliação de desempenho da informação e à convergência entre a definição e execução da estratégia.

McGee e Prusak (1994) sugerem que os critérios adotados para a avaliação de desempenho sejam a formulação de indicadores de desempenho financeiros e não financeiros multidimensionais; que estejam atrelados aos processos de gestão (alinhada aos processos operacionais) baseados em modelos e contextualizados, e não só aos produtos.

### **Quadro 3** – Tarefas do gerenciamento estratégico da informação para o processo decisório

Etapas do Gerenciamento Estratégico das Informações
1. Identificação de necessidades e requisitos de informação 1.1 Variedade necessária tão dinâmica quanto o ambiente no qual a organização está inserida 1.2 As pessoas não sabem o que não sabem 1.3 Aquisição / coleta de informações
2. Classificação e armazenamento de informação / Tratamento e apresentação da informação 2.1 Certifique-se de que o sistema está adaptado ao modo como os usuários trabalham com a informação 2.2 Encare a classificação da informação por vários ângulos 2.3 Não ignore a dimensão do projeto
3. Desenvolvimento de produtos e serviços de informação 3.1 Não existe sistema sem elemento humano
4. Distribuição e disseminação da informação 4.1 Seja pró-ativo 4.2 Negocie com usuários-chave para serviços especiais 4.3 Preencha a lacuna intelectual
5. Análise e uso da informação

Fonte: Elaboração própria, baseada em McGee e Prusak (1994)

Os autores também ressaltam a importância de uma infraestrutura de coleta, análise e disseminação dos resultados desta avaliação para os atores interessados, como possíveis focos de atuação para o desenvolvimento de estratégias, e que tenham como diretrizes: “[...] (1) dar prioridade às necessidades de informação, e não à sua disponibilidade; (2) focalizar a comunicação e a coordenação, e não a computação; (3) procurar aproximações confiáveis, e não a precisão; (4) criar um ambiente de informação executiva, e não um sistema; e (5) esperar uma evolução dinâmica [...]” (McGEE; PRUSAK, 1994, p. 200).

No quadro acima (Quadro 3), são enumeradas as etapas apresentadas por McGee e Prusak (1994) para o gerenciamento estratégico das informações.

### ***2.2.2 Aspectos ecológicos da gestão da informação***

Com o advento da internet e da possibilidade de disponibilizar dados, informação e conhecimento através da *web*, um grande volume destes itens encontra-se de forma não estruturada, e ainda sem explorar a potencialidade de muitos destes em relação ao valor agregado de conhecimentos ou informações relevantes para o processo de tomada de decisão.

Também é possível verificar a existência de informações no suporte de papel, constituindo-se em grandes massas documentais acumuladas, sem nenhum critério de armazenamento ou utilização, situação esta muito comum verificada na gestão de saúde no Brasil.

Estes cenários comprometem a recuperação da informação relevante para a tomada de decisão das organizações, e como ainda não são usualmente mensuráveis os custos da utilização de informação errada, da não utilização da informação correta ou da intuição como parâmetro para a tomada de decisão, Davenport (2002) observa que esta se configura como uma lacuna nos processos de gestão em relação ao gerenciamento das informações.

Ao analisar esta lacuna, Davenport (2002) partiu da premissa que para pensar estratégias de solução, este processo deve estar centrado no ser humano, e não nas tecnologias, invertendo a lógica observada por este autor nos seus estudos empíricos, nos quais grandes investimentos estavam sendo realizados em novas tecnologias, sem os retornos esperados pela administração.

Processo de gerenciamento da informação é definido por Davenport (2002, p. 173) como “[...] um conjunto estruturado de atividades que incluem o modo como as empresas obtêm, distribuem e usam a informação e o conhecimento [...]”.

Para tanto, este autor propôs um modelo de processo de gerenciamento de informação, chamado por ele de ecologia da informação por sua qualidade holística, e que fosse um processo, em virtude da constante atualização das necessidades informacionais dos agentes,

bem como de não representar uma finalidade em si, mas sim um meio pelo qual podem se obter subsídios para a gestão da organização como um todo.

Davenport (2002) se apropria do termo ecologia, originário da biologia e que refere-se ao estudo do ser e sua relação ao meio que o circunda, e que é adaptado ao gerenciamento das informações, com a finalidade de integrar diferentes informações que tem relação com o meio nos quais as organizações estão associadas, e as respectivas mudanças deste meio.

No gerenciamento das informações, considerando o conceito de ecologia, deveriam ser considerados não só os processos desenvolvidos pela própria organização (ambiente organizacional), como também pelo ambiente informacional, que se relaciona aos indivíduos que compõe a organização, e ambiente externo, que interfere no desenvolvimento da organização.

Extrapolando para a saúde, a capacidade de gestão do setor relaciona-se com as organizações do setor de economia, educação, direitos humanos, cultura, desenvolvimento social, segurança pública, entre outros.

O ambiente informacional é composto dos elementos que interferem também na relação entre o comportamento do indivíduo e as informações, desde as políticas que ordenam os processos de trabalho até as orientações que norteiam as tomadas de decisão.

Estas políticas podem ser tanto as que são previstas nos instrumentos normativos da organização, quanto da sua prática pelos colaboradores na rotina organizacional, mesmo que com novos contornos.

Davenport (2002) vai definir a cultura informacional como o padrão do comportamento dos colaboradores, que é caracterizado por ele como a forma com que os indivíduos lidam com a informação, e que contam com aspectos da subjetividade e também das orientações objetivas da organização, dentre elas o gerenciamento das informações.

Neste contexto, o processo de gerenciamento das informações deve ter o papel de indutor de mudanças no comportamento dos colaboradores, e se não estiver previsto este papel, de acordo com as observações empíricas do autor, existe uma grande probabilidade de falha do gerenciamento das informações.

Para Davenport (2002), os principais comportamentos a serem incentivados pelo gerenciamento das informações relacionam-se à prática de colaboração entre os membros da organização, lidar com a informação estruturada e relevante para a sua atividade, evitando redundância e sobrecarga, e a padronização semântica dos termos, com redução da ambiguidade e de possíveis ruídos na comunicação.

A intencionalidade por trás do uso da informação deveria ser transversal à sua administração, tanto nos conteúdos específicos e gerais, quanto nos contextos a serem trabalhados, sejam estes do setor no qual a organização atua ou nas entidades governamentais cujas decisões também influenciam no sucesso ou fracasso da organização.

Ao mesmo tempo que se compreende a importância da cultura informacional, mexer no que Davenport (2002) chama de “lata de lixo”, que é o modo do processamento cognitivo das informações no nível individual, é um desafio complexo, que demanda estratégias pedagógicas de formação de competências informacionais que atendam ao interesse da organização, seja parte do gerenciamento de informações e seja acompanhado ao longo do tempo.

No ambiente organizacional, a finalidade do gerenciamento da informação volta-se para a produção de informação significativa aos contextos organizacionais específicos, tendo como características a exatidão, oportunidade, acessibilidade, envolvimento, aplicabilidade e escassez.

Para alcançar este objetivo, Davenport (2002) recomenda que seja montada uma equipe de gerenciamento de informação, cujas tarefas sejam de tratamento desta informação, nas etapas de condensação, contextualização, apresentação e escolha do meio de comunicação, e que seja desenhado o mapeamento das informações, para que os colaboradores consigam localizar não só onde está a informação, mas quais são os especialistas que podem auxiliar no uso da referida informação.

Davenport (2002) sugeriu a arquitetura da informação como a ponte entre o ambiente informacional e o ambiente organizacional, com a disponibilização de instrumentos que auxiliem na adaptação dos recursos tecnológicos com as necessidades informacionais dos colaboradores.

Este autor alerta que para o desenvolvimento de um processo de gerenciamento de informações em uma organização é imprescindível o envolvimento da alta direção e da alta gerência. Este envolvimento pode ser obtido com a demonstração das vantagens inerentes à utilização de informação significativa, bem como os prejuízos relacionados à ignorância em relação a estas informações.

Outro fator importante é determinar quem serão os usuários do serviço (ou ambiente informacional), que deve ter influência na escolha das informações a serem tratadas, os canais de comunicação utilizados e o formato mais inteligível possível para estes.

Para o mapeamento das informações e dos especialistas, é importante também definir com clareza qual é a origem dos dados, informações e/ou conhecimento e o caminho que este

percorre na instituição, com as referências devidas aos postos hierárquicos, e atualizar este mapeamento de acordo com a dinâmica específica de cada tipo de informação.

No ambiente externo, as preocupações do autor referem-se à definição de quais informações serão relevantes, quais agentes são envolvidos com estas informações e como estas informações serão obtidas.

Um exemplo apresentado por Davenport (2002) é em relação aos consumidores, dos quais são relevantes informações referentes aos dados do consumo e o perfil deste consumidor. Neste exemplo, o primeiro conjunto de dados pode ser quantitativo e obtido no ambiente organizacional, já o segundo deve ser buscado qualitativamente, tanto no ambiente organizacional, com depoimentos dos colaboradores que interagem com esses consumidores, quanto em empresas especializadas no levantamento deste tipo de perfil.

Da mesma forma, informações sobre outros agentes que fazem parte da engrenagem da organização, mas não necessariamente compõe a estrutura organizacional, como os fornecedores e os concorrentes, são significativas para o sucesso do gerenciamento de informações.

Davenport (2002) recomenda 4 passos para o gerenciamento de informações externas, quais sejam a identificação das necessidades externas de informação, a decisão de quais serão os fornecedores desta informação, incorporação da informação externa à organização, e de que forma esta informação será utilizada.

Portanto, o papel da ecologia da informação no processo de gerenciamento da informação não se resume à obtenção e melhor alocação da informação e do conhecimento produzido ou adquirido pela organização, mas também ao redirecionamento da política organizacional em considerar a informação, tanto do ambiente interno (cultura informacional) quando externo (que interfere na realização das atividades da organização), um recurso tão imprescindível quanto os recursos financeiros e os trabalhadores (DAVENPORT, 2002).

Ao longo do texto, Davenport (2002) ilustra suas premissas com várias observações empíricas, enquanto pesquisador do tema em grandes companhias norte-americanas, reafirmando suas contribuições para pensar o processo de gerenciamento de informações centrado no ser humano e nas informações como elemento determinante do sucesso organizacional.

Tanto o Davenport (2002) como o McGee e Prusak (1994) são referências um para o outro e seus modelos se misturam, em alguns momentos com mais ênfase para a tecnologia, e em outros momentos, com maior centralidade no usuário.

Realizando uma revisão geral de quais elementos são considerados relevantes para a gestão da informação, apresento a figura abaixo que omite temas relevantes colocados pelos autores, mas que contribuem para pensar um fenômeno específico como a gestão da informação para apoiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde.

**Figura 8** – Elementos da ecologia da informação para a participação cidadã em saúde



Fonte: Elaboração própria

A Figura 8 auxilia na visualização dos elementos que interferem na gestão da informação para apoiar o processo decisório nas conferências de saúde, que vão desde os ambientes informacional, organizacional e externo, até o contexto da cadeia de mercado cujas variáveis não estão na governabilidade de um único ator social ao mesmo tempo que possuem grande poder sobre os desdobramentos das decisões deliberadas no contexto destas conferências.

### 2.2.3 Organização do conhecimento para produzir conhecimento organizacional

Choo (2003) acredita que é vital para as organizações se caracterizarem como “organizações do conhecimento”, que utilizam a administração da informação como estratégia para contribuir com a criação do significado, a construção do conhecimento e a tomada de decisões ou padronização das ações. Esta administração, entendida como parte da organização, é fundamental para mediar a relação entre seus membros e as informações que podem ser compartilhadas, aprendidas, reorganizadas e aplicadas.

Este autor parte do pressuposto de que a administração da informação deve ser organizada a partir da necessidade, busca e uso da informação, direcionada para o atendimento

dos propósitos e valores organizacionais (dimensão situacional), pelos conhecimentos necessários para o atendimento desses propósitos e valores (necessidades cognitivas) e pelos rearranjos ou processos de adaptação necessários para se adequar ao contexto organizacional (reações emocionais) (CHOO, 2003).

A pessoa que necessita da informação nem sempre sabe a informação que seria relevante para sua atividade, e quando tem acesso a informações externas (e mesmo internas), a ambiguidade, inerente a linguagem, contribui para a falta de compreensão na interpretação mais adequada ao contexto organizacional.

Choo (2003) recomenda que a administração da informação contribua para que os membros da organização reduzam a ambiguidade das informações externas, a partir da criação (e padronização) de significados.

Vários estudos são citados por Choo (2003) para ilustrar como a correta interpretação do cenário do segmento no qual a organização está inserida é relevante para a sobrevivência e sucesso da organização, tanto em relação ao que já se sabe que determina a dinâmica quanto a possíveis cenários e seus desdobramentos.

Um exemplo apontado por este autor é a crise do petróleo na década de 1980, que afetou várias empresas distribuidoras de produtos derivados do petróleo, mas aquela que soube antever possíveis conflitos relacionados aos países produtores, elaborar um “planejamento de roteiros” sobre as forças que podem determinar o ambiente de negócios e diversificar suas fontes de matéria prima, conseguiu sobreviver à referida crise.

Além das informações externas, a própria organização tem papel determinante como fonte de informações relevantes para a identificação das necessidades informacionais, colocada por Choo (2003) como a primeira fase da administração da informação.

O contexto do segmento econômico é relevante, mas também as experiências e conhecimentos prévios dos membros da organização são fundamentais para a administração da informação.

Para Choo (2003), essas experiências e conhecimentos prévios, que são compartilhados pelos membros e facilitam e inovam seu processo de trabalho, mas que muitas vezes não são registrados e são transmitidos apenas de forma oral, são considerados conhecimento tácito.

Quando a organização consegue registrar esse conhecimento tácito, visando ao compartilhamento e apreciação dos demais membros, esse conhecimento se transforma em explícito, e quando o conhecimento explícito altera o comportamento dos membros e é incorporado às rotinas organizacionais, ele se transforma em conhecimento cultural.

Choo (2003, p. 188-190) define conhecimento tácito como aquele utilizado para “[...] realizar o trabalho e dar sentido ao mundo [...]”, conhecimento explícito como “[...] expresso formalmente a partir de um sistema de símbolos, podendo ser comunicado [...]”, e conhecimento cultural como “[...] estruturas cognitivas e emocionais habitualmente usadas pelos membros da organização para perceber, explicar, avaliar e construir a realidade[...]”.

Portanto, para Choo (2003), é fundamental que o conhecimento organizacional esteja estruturado a partir desses 3 tipos de conhecimento: tácito, explícito e cultural, e que a partir do mapeamento realizado na própria organização, é possível identificar as lacunas de conhecimento ou necessidades cognitivas, que surgem a partir da incerteza diante da necessidade de tomar decisões ou padronizar ações.

No cerne da organização como produtora de conhecimento, está uma ideia colaborativa de compartilhamento das informações e conhecimentos relevantes para o cumprimento do propósito e missão organizacional, em um contexto que permita, estimule e dê condições aos seus membros de participarem dos processos.

A busca pela informação que vai alterar o nível de conhecimento e possibilitar que essas lacunas sejam preenchidas é equivalente ao próximo passo da administração da informação para Choo (2003), qual seja o da (2) aquisição da informação.

A aquisição pode ser tanto relacionada ao aproveitamento do conhecimento tácito dos membros da organização, inovar na criação de conhecimento explícito ou (re)aproveitar conhecimento externo à organização (CHOO, 2003).

Para responder a estas lacunas, é necessário a construção de conhecimento a partir dessas informações buscadas, que pode levar ao próximo passo da administração da informação definido por Choo (2003), de (3) desenvolvimento de produtos e serviços de informação.

Para fazer com que a informação seja efetivamente útil, é necessário que a informação relevante esteja disponível para as pessoas que precisam dela, tais como os especialistas, o que implica em sucesso nas últimas etapas propostas por Choo (2003), de (4) distribuição e (5) uso da informação.

Choo (2003) parte do pressuposto de que um volume muito grande de informações é tão utilizado quanto nenhuma informação, e que por isso, a sistematização, codificação ou formalização do conhecimento necessário para preencher as referidas lacunas, é fundamental para o uso da informação.

**Figura 9 – Administração da informação na organização**



Fonte: Elaboração própria, baseado em Choo (2003)

Choo (2003), ao apresentar seu modelo de gestão da informação, reitera os pressupostos de Simon (1971) e Mintzberg *et al.* (1976), que serão detalhados no item 2.3, de que as organizações devem estruturar premissas e rotinas decisórias, a partir do desenvolvimento de produtos e serviços de informação, para orientar os processos decisórios, atribuir clareza e transparência nos elementos que o estruturam, minimizar os efeitos da racionalidade limitada e contribuir para comportamentos decisórios mais resolutivos.

Tal qual na organização deste projeto de tese, Choo (2003) também se preocupou com a aplicação da administração da informação para apoiar e fortalecer uma cultura de utilização das informações relevantes para o processo decisório.

O autor (CHOO, 2003, p. 267) propõe “[...] (1) simplificar a representação do problema, (2) escolher a solução satisfatória, (3) e estabelecer programas ou rotinas independentes para simplificar o processo de tomada de decisão [...]”. A finalidade dessa esquematização do processo decisório tem relação com a limitação não só da racionalidade, mas também da própria cognição humana e sua capacidade de lidar com grandes volumes de informação.

Hogarth (1991 *apud* CHOO, 2003, p. 274), em seu estudo sobre os aspectos psicológicos do processo decisório, relaciona as limitações da cognição humana como: (1) a percepção seletiva da informação, (2) o processamento sequencial, (3) dificuldade de lidar com processos complexos de julgamento que demandem muito esforço mental, e (4) limitação da memória.

A partir dessas limitações, Choo (2003) propõe a restrição da estruturação do processo decisório ao nível local na qual ela deve ser tomada, com o estabelecimento consensual de critérios e de forma sequencial.

Desta forma, para compreender como estruturar os processos decisórios, a compreensão de como o ser humano se comporta em relação à informação é central para Choo (2003) na elaboração do seu modelo de administração da informação apresentado acima.

As referidas limitações reforçam a necessidade da construção de instrumentos de gestão da informação que apoiem o processo decisório, de forma a sistematizar o caminho que levará os membros da organização do presente ao futuro almejado.

## **2.3 Processo decisório**

A tomada de decisão é um processo complexo, que tem inúmeras causas relacionadas ao seu sucesso ou insucesso: informação insuficiente e errônea, subjetividade do decisor, interpretação incorreta do contexto, indefinição do responsável, interação deficiente entre os atores envolvidos, indefinição do problema, cálculos de custo-benefício, aspectos da cultura organizacional, entre outros (ESTRELA, 2016).

A seguir, serão apresentados referenciais teóricos para pensar o processo decisório e os elementos que podem minimizar as causas de insucesso ou maximizar as causas de sucesso, observando contextos organizacionais.

### ***2.3.1 Racionalidade limitada no processo decisório***

Para Simon (1971, p. 48), “[...] decisão são descrições de um futuro estado de coisas, ..., que possuem uma qualidade imperativa, ..., que orienta o comportamento rumo à alternativa escolhida. [...]”.

Neste entendimento, a decisão não é, por si só, uma entidade inevitável e de consequências imprevisíveis, ao contrário, ela tem como qualidade a capacidade de moldar os comportamentos em função da construção da realidade futura almejada.

Neste contexto, o papel do conhecimento prévio é fundamental para Simon (1971), porque é este que possibilita ao tomador de decisões antecipar os possíveis cenários decorrentes da implementação da estratégia escolhida para buscar os objetivos organizacionais, e diante desta antecipação, eleger as decisões que produzirão o melhor cenário possível com o mesmo dispêndio organizacional.

Em seu trabalho seminal intitulado “Comportamento Administrativo”, Simon (1971) destaca que a pretensão de seus achados, baseados em observações empíricas na administração pública, não se relacionam aos problemas verificados nas organizações em relação ao processo de tomada de decisão, e sim ao que ele chama de “biologia e a anatomia da organização”.

É o conhecimento sobre a organização em toda sua complexidade, considerando tanto o ambiente interno quanto externo e tanto da sua estrutura formal apresentada quanto da informal vivenciada, e os elementos que influenciam a tomada de decisão dos seus membros, o que possibilita aos gestores a construção de critérios para a tomada de decisão.

Esses critérios não devem ter a função de engessar a atuação dos membros, podendo ser flexíveis a cada situação, mas de nortear os processos decisórios, favorecendo a descentralização das funções decisórias e o estreitamento da distância entre quem decide e quem executa as ações relacionadas às decisões tomadas.

Essa descentralização pode implicar em outras demandas de comunicação, treinamento e organização da informação, entre outros, ao mesmo tempo que pode possibilitar a inovação dos membros da organização, bem como aos superiores hierárquicos o trabalho de revisão e perícia em relação à qualidade da tomada de decisão, ao invés de dedicar esses atores-chave ao processo todo.

A tomada de decisão é, para Simon, formada pelos elementos ou juízos de fatos, relacionados à racionalidade, e de valores, relacionados à afetividade, que influenciam o comportamento dos membros da organização, e cada um destes tem seus princípios estudados na administração, na psicologia e na sociologia.

Os fatos relacionam-se às informações produzidas tanto no ambiente interno quanto no ambiente externo no qual a organização está inserida, e tem a potência de subsidiar escolhas mais racionais. O não embasamento em fatos prejudica a percepção da realidade, o diagnóstico dos problemas e os instrumentos disponíveis para superá-los.

Diante dos limites da capacidade cognitiva humana, Simon (1971) também incorpora em sua proposta elemento central da teoria da administração científica, qual seja a necessidade de especialização e de divisão do trabalho, incluindo na linha de montagem as funções decisórias e a construção de um vocabulário que compartilhe com o restante da organização os conhecimentos especializados em determinados segmentos.

Essas informações devem ser o mais circulante possível entre os membros da organização, em sistemas de comunicação organizacional, definida pelo autor como “[...] o processo mediante o qual premissas decisórias (informações) são transmitidas de um membro da organização para o outro [...]” (SIMON, 1971, p. 161).

Esta comunicação pode ser tanto formal quanto informal, e nestes dois tipos, a gestão tem um papel importante, tanto em relação à publicização das informações referentes ao ambiente externo e interno, quanto em relação às intenções e anseios dos membros, apesar de poder haver ruídos e distorções.

Para facilitar a comunicação formal, Simon (1971) sugere a construção de fluxos informacionais que estabeleçam relações entre as informações organizadas e as funções decisórias para as quais estas informações são relevantes. Quando se trata de trabalho coletivo, além destas informações, também se faz necessário o conhecimento acerca das decisões dos outros membros que tem relação com a decisão a ser tomada.

Estes fluxos podem ser organizados em memórias artificiais, registradas na forma de documentos e arquivos, e coletadas por meio de sistemas de informações, que podem contribuir para a disseminação de uma rotina organizativa com a previsão institucionalizada de tomadas de decisão para situações mais recorrentes no cotidiano organizacional.

Podemos comparar o processo de tomada de decisão com o funcionamento de uma orquestra, no qual para que a música seja ouvida e sentida, é necessária uma sincronia entre os musicistas, a partir de dois pressupostos apresentados por Simon (1971), quais sejam a cooperação e a coordenação.

A cooperação significa conseguir traçar junto aos membros da organização ou de segmento desta, objetivos comuns, e a coordenação tem relação com a comunicação sobre o planejamento de ações para alcançar estes objetivos entre os membros.

No entanto, a racionalidade no homem administrativo é limitada, ainda que para Simon (1971) esta racionalidade não se resuma à objetiva, de fazer o que é certo para determinadas situações, mas também compreende a capacidade subjetiva, consciente, deliberativa, organizativa e pessoal de tomar decisões certas.

Para este autor, isto se deve porque, na ausência ou insuficiência dos fatos, informações ou conhecimentos nos quais estão baseadas estas diferentes racionalidades, o norteamento da tomada de decisão pelos valores é incrementado, podendo igualmente alterar a percepção da realidade, o diagnóstico do problema e os instrumentos disponíveis para superá-lo.

O autor refere enquanto valores os sociais, organizacionais e pessoais, e mesmo estes últimos, apesar de relacionados à subjetividade e às interferências que estão fora da competência da organização, são construídos e compartilhados coletivamente.

O cenário ideal é aquele no qual estes valores apresentam coerência entre si e os membros da organização não vivenciam conflitos em relação à tomada de decisão que possa ter impactos negativos em relação à sua comunidade ou aos seus próprios interesses.

Portanto, somente o estabelecimento de critérios não é suficiente para que os colaboradores tomem decisões racionais, ao mesmo tempo em que uma estrutura rígida de processos na organização também não garante a racionalidade.

Em razão destas conclusões, o autor propõe que a gestão do processo de tomada de decisão tenha inerente a si a premissa da racionalidade limitada, e que o gestor ou administrador saiba trabalhar com fatores que influenciam o comportamento dos membros da organização, denominado por Simon (1971) de “modos de influência organizativa”, quais sejam a autoridade, a lealdade organizativa, critério de eficiência, aconselhamento e informação e treinamento.

Estes modos de influência devem ser administrados partindo da premissa de que o indivíduo é influenciado por fatores externos, que podem ser manejados e adequados pela organização, e fatores internos, que tem relação com o que Simon (1971) chama de pré-disposição psicológica do indivíduo.

O autor discute então os aspectos que estão na governabilidade da organização, como a autoridade, no sentido do reconhecimento entre os membros de que determinado indivíduo tem conhecimento suficiente para tomada de decisão em segmento específico para o qual se especializou, e também considerando que existe uma zona de aceitação da autoridade por cada indivíduo e que esta deve ser considerada na estratégia de comunicação a ser adotada.

A vantagem mais imediata da autoridade é a economia de tempo da necessidade e compartilhamento de responsabilidade de se substituir a tomada de decisões pontuais pela orientação de um indivíduo reconhecidamente apto a tomar as decisões nas situações específicas, também nomeada pelo autor de especialização vertical da tomada de decisões. A desvantagem, segundo Simon (1971), é a “[...] inibição das faculdades críticas de decidir [...]” dos membros da organização.

Uma solução para esta questão pode ser a formação de convicção, que permite aos membros da organização e à autoridade o consenso em torno das premissas de fato e de valor mais adequadas para a tomada de decisão.

A lealdade organizativa também aparece como um modo determinante, contribuindo inclusive para a descentralização das funções decisórias. Esta lealdade é a que mais se beneficia quando os valores sociais, organizacionais, individuais e pessoais são convergentes e tem como consequência a “defesa” dos interesses organizacionais ao invés do simples cumprimento das funções, em um processo de identificação.

A identificação, para Simon (1971), é um processo psicológico que pode ser trabalhado pela organização, na medida em que esta leva ao conhecimento do membro a identidade da própria organização de forma planejada e estruturada.

Quanto mais o indivíduo conhece a organização e se identifica com esta, mais influência esta exerce sobre as tomadas de decisão mais amplas, e esta identificação deve ser considerada na distribuição das funções decisórias.

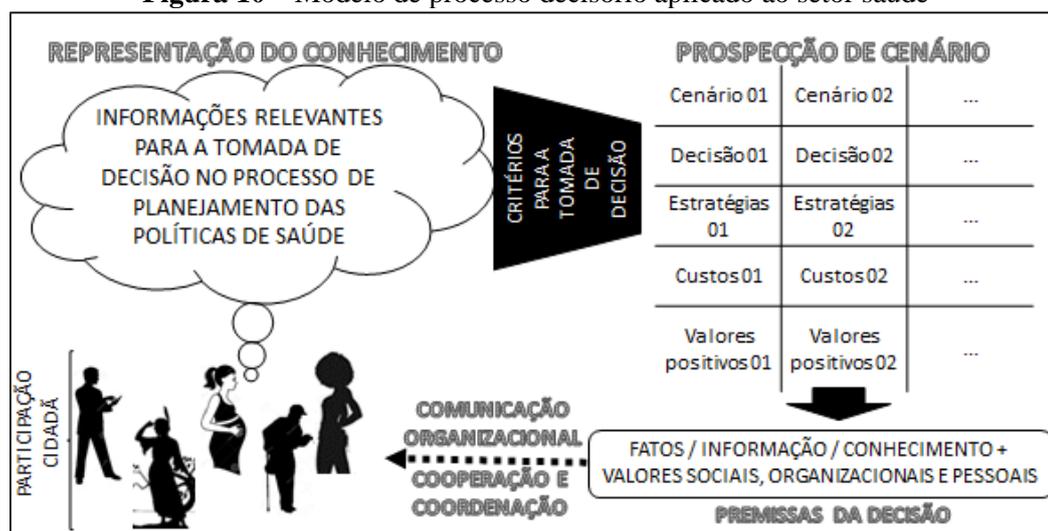
Esta lealdade pode ser ainda decorrente do tipo de vínculo que o membro estabelece com a organização, influenciado pelo salário e/ou pelo prestígio que este membro goza em sua comunidade em função deste vínculo.

Os critérios de eficiência devem ser baseados em informação e conhecimento que possibilitam a antecipação dos cenários já descritos acima, sendo eficiência definida por Simon (1971) como a escolha pelo melhor resultado (valor positivo) a ser obtido por uma escolha dentre outras alternativas de mesmo custo, visando a maximização destes resultados.

Esta antecipação também permite a comparação entre o cenário projetado e o desempenho real dos resultados obtidos, com avaliação, revisão e perícia da tomada de decisão. Os treinamentos são os momentos de internalização dos modos de influência, contribuindo para a construção de novos conhecimentos prévios que permitam a antecipação, e também de experiências práticas, cuja incorporação nas rotinas organizacionais são almejadas.

Estes modos de influência são engendrados por mecanismos ou instrumentos organizacionais que devem estar disponíveis para conhecimento dos membros, tais como divisão do trabalho e da atenção, estabelecimento de padrões de desempenho, comunicação de decisão, canais de comunicação com informações para subsidiar a tomada de decisão, e treinamento e/ou internalização das influências (SIMON, 1971).

**Figura 10** – Modelo de processo decisório aplicado ao setor saúde



Fonte: Elaboração própria, baseado em Simon (1971)

Desta forma, Simon (1971) propõe um modelo de tomada de decisão que pode ser representado conforme Figura 10, em uma abstração para a tomada de decisão da participação cidadã no setor saúde.

Em relação à revisão das tomadas de decisão, Simon (1971) argumenta que estas têm a função de: a) avaliar a qualidade das decisões, b) modificar decisões futuras, c) corrigir decisões incorretas e, d) aplicar sanções aos responsáveis, retroalimentando a memória organizacional e o sistema de influência proposto pelo autor.

### **2.3.2 Estudo de caso de estruturação do processo decisório**

Mintzberg *et al.* (1976) realizaram um estudo empírico para construir um esboço de como 25 processos para tomada de decisão estratégica, de organizações de diferentes naturezas jurídicas e tamanho, eram estruturados, a partir de análise de registros, documentos ou arquivos relacionados aos processos decisórios, entrevistas com informantes-chave e observação.

O conceito de decisão como “*commitment for action*” é trabalhado pelos autores na perspectiva de 3 categorias centrais, que permitem ao tomador de decisão conhecer de forma mais completa os elementos que determinam a decisão, quais sejam: por estímulo que as evocou, por solução ou por processo (MINTZBERG *et al.*, 1976).

Por estímulo, compreende-se que uma decisão é motivada por diferentes fatores, e a partir desse estímulo inicial, podem ser necessárias decisões de oportunidade, problemas ou de crise, sendo que a primeira com surgimento espontâneo, e que pode ter decisões com efeitos a médio e longo prazo; a segunda é uma decisão intermediária entre a oportunidade e a crise; e a terceira é focada em decisões surgidas em momentos de pressão, que precisam produzir efeitos imediatos.

Por solução, os autores (MINTZBERG *et al.*, 1976) descrevem que é possível aplicar soluções dadas no começo do processo; “feitas-prontas” durante o processo; personalizadas quando desenvolvidas para uma questão específica; ou personalizar soluções “feitas-prontas” para uma questão específica.

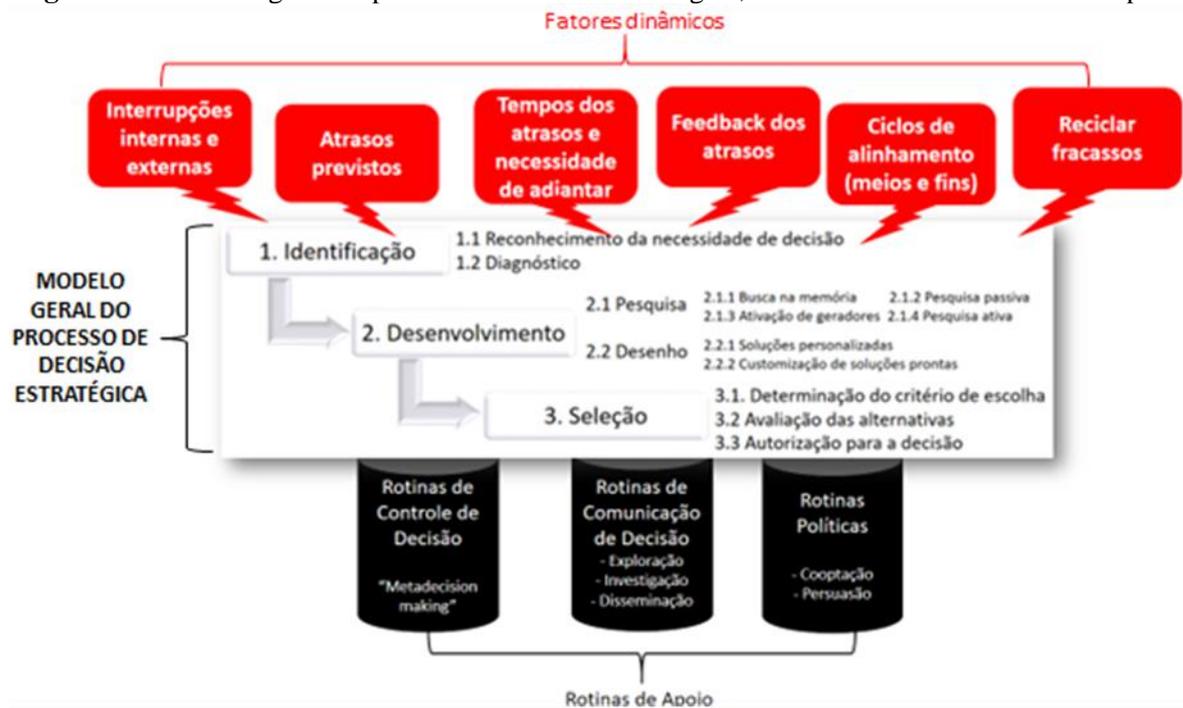
E por processo, os autores (MINTZBERG *et al.* 1976, p. 246), definem o processo decisório como, em uma tradução livre, “um conjunto de ações e fatores dinâmicos que começa com a identificação de um estímulo para ação e termina com o comprometimento específico para a ação”.

No entanto, nos casos analisados, os autores chegaram à conclusão de que não seria possível determinar quais ações e fatores tem relação com o processo decisório *a priori*, concluindo que se tratavam de “processos decisórios desestruturados”, por não terem

organizado quais etapas e informações seriam relevantes para a construção da decisão (MINTZBERG *et al.*, 1976).

A partir das análises, os autores construíram um modelo geral com uma estrutura comum aos 25 processos estudados, formada por três fases centrais; três conjuntos de rotinas de apoio; e seis fatores dinâmicos que podem interferir positiva ou negativamente no processo decisório, representados no diagrama abaixo.

**Figura 11** – Modelo geral do processo de decisão estratégica, fatores dinâmicos e rotinas de apoio



Fonte: Elaboração própria, a partir de Mintzberg *et al.* (1976)

As três etapas, quais sejam de identificação, desenvolvimento e seleção, são coincidentes com os achados dos autores na literatura especializada sobre o tema. A identificação teria como primeira rotina o reconhecimento da necessidade de decisão, com a identificação dos elementos que caracterizam a referida necessidade.

Em seguida, ainda na fase de identificação, os autores (MINTZBERG *et al.*, 1976) propõem a formulação de um diagnóstico, que identifica exatamente o problema ao qual o processo decisório pretende responder e a relação de causa e efeito que pode explicar esse problema. A precisão do diagnóstico é fundamental para manter o foco do processo em construir uma decisão que atenda ao problema original.

A fase de desenvolvimento deve ser a mais extensa, centrada na formulação da decisão, a qual pode ocorrer por pesquisa e por desenho. A pesquisa pode se dar tanto na busca pela

memória individual ou organizacional; pela ativação de geradores, quando se comunica institucionalmente a necessidade de alternativas para determinados problemas; e pela pesquisa propriamente dita, ativa, na busca de alternativas, ou passiva, quando surgem respostas para questões que não foram apresentadas (MINTZBERG *et al.*, 1976).

Na rotina de desenho, tais quais as soluções, este também pode ser pronto, personalizado ou customizado (MINTZBERG *et al.*, 1976). A escolha do desenho vai depender do tempo disponível, dos recursos existentes, da capacidade de investimento, entre outros elementos.

Na fase de seleção, a partir das alternativas pesquisadas e/ou desenhadas na fase de desenvolvimento, Mintzberg *et al.* (1976) sugerem que sejam determinados quais os critérios que nortearão a escolha (tela), seguida por uma avaliação das consequências das alternativas possíveis e, por fim, a tomada de decisão, com autorização de membros da organização que tenham governabilidade para colocar a decisão em prática.

Essas fases podem ocorrer de forma sequencial, mas dentro de cada uma delas, pode ser necessário a tomada de decisões ou “subdecisões”, em razão das quais pode-se completar as fases e retornar a etapas anteriores que demandaram essas decisões (MINTZBERG *et al.*, 1976).

As três rotinas de apoio podem ser consideradas pilares que dão suporte para que o processo aconteça, sendo uma delas a rotinas de controle do processo decisório, no qual a estrutura que os autores construíram ou as elaboradas especificamente para determinados processos, são monitoradas para verificar se o processo está se desenvolvendo conforme foi pré-definido.

As rotinas de comunicação de decisão também são consideradas rotinas de apoio, devem estar presentes em todas as fases do processo, e podem ser subdivididas em (i) rotinas de exploração, na qual a decisão está conectada a outros elementos da organização através de modelos conceituais ou bases de dados; (ii) rotinas de investigação, que verifica outros pontos de vista e aspectos técnicos dos produtos da fase de identificação; e (iii) rotinas de disseminação, que são fortalecidas com a clareza e a qualidade das informações que subsidiam essas decisões (MINTZBERG *et al.*, 1976).

A rotina política, enquanto rotina de apoio, contribui para articulação entre os membros da organização na adesão ou refutação de uma decisão, e ele pode ser por cooptação ou por persuasão (MINTZBERG *et al.*, 1976).

Em relação aos fatores dinâmicos, os autores ressaltam que muitos deles determinam o sucesso ou fracasso do processo decisório, tais como interrupções internas e externas, atrasos previstos, tempos de atraso e necessidades de acelerar ou adiantar, e feedbacks dos atrasos, que

podem resultar em atrasos ainda maiores, desmobilização do grupo e redirecionamento para outras atividades e/ou prioridades.

Também são fatores dinâmicos os ciclos de alinhamento, nos quais é possível confirmar a coerência entre a finalidade almejada e os meios utilizados para tal, e também reciclar fracassos quando possível, que implica em otimizar tempo e recursos, e valorizar e resignificar experiências organizacionais (MINTZBERG *et al.*, 1976).

A partir desse modelo geral, os autores ainda representaram sete diferentes modelos que poderiam ser aplicados aos 25 processos decisórios estudados, nos quais maior ênfase poderia ser dada a alguma das etapas ou rotinas, com maior ou menor interferência de determinados fatores dinâmicos.

Particularmente sobre desenhos de políticas públicas, Mintzberg *et al.* (1976) analisaram no caso empírico estudado, uma maior ênfase na etapa de desenho, sem a pesquisa por conhecimentos e/ou práticas bem sucedidas internas ou externas à organização, e sem a validação da decisão por especialistas ou autoridades no tema tratado.

De uma forma geral, Mintzberg *et al.* (1976) defenderam a tese de que a tomada de decisão não é um produto em si mesma, que pode ser avaliado somente a partir das consequências da decisão, mas que se configura como um processo complexo que deve ter explicitado suas etapas e as informações relevantes necessárias e também as produzidas durante o processo, e que esse esforço contribui para qualificar o referido processo e a participação das pessoas envolvidas e/ou interessadas.

### ***2.3.3 Processo decisório como etapa do planejamento estratégico***

Ansoff (1991) também pensa o planejamento estratégico, dentro do contexto de uma administração estratégica, centrada na construção de regras de decisão que subsidiem a construção da estratégia, que se relaciona ao processo de desenvolvimento da organização, e de instrumentos que reduzam a diferença entre a posição atual e os objetivos pretendidos, e a construção dos objetivos, que relaciona a administração e avaliação do desempenho da organização.

As variáveis que determinam as prioridades no momento da formulação dos objetivos e estratégias são a capacidade da organização atual e passada em responder às suas necessidades, os recursos financeiros disponíveis e as características e oportunidades do ambiente externo no segmento em que a organização se encontra (ANSOFF, 1991).

Para formulação desses objetivos, Ansoff (1991) recomenda se ater aos aspectos teórico-normativos consistentes, em uma perspectiva de longo prazo, mas que também sejam

factíveis e correspondam a um “sistema prático de objetivos”, que podem ser: econômico, de garantia de retorno, sociais, de grupos de interesse externo ou em relação a quem é atribuída a responsabilidade ou restrição.

Para o planejamento da estratégia, Ansoff (1991) ressalta a importância desta para que a organização alcance seus objetivos, tanto revendo as competências passadas e correntes, quanto projetando as necessárias para a implementação das referidas estratégias.

As regras de decisão devem ser elaboradas a partir das diretrizes, tais quais os recursos financeiros disponíveis, as características do segmento econômico e da história da organização; e do volume de mudanças necessárias para realinhar a organização em relação aos objetivos almejados (ANSOFF, 1991, p. 110).

Outro fator relevante em relação às regras de decisão, são as informações disponíveis. Se muito agregadas, parciais e sem precisão, estas dificultam o processo de planejamento e podem levar a decisões que não correspondem aos objetivos pretendidos.

Nesse contexto, Ansoff (1991) propõe dois tipos de estratégias: a de carteiras, que orienta a direção em busca das áreas pretendidas de atuação, e a competitiva, que orienta a direção do desenvolvimento das potencialidades da organização em cada área de atuação.

Para explicar a estratégia de carteiras, Ansoff (1991) apresentou uma matriz explicativa que correlaciona mercados e produtos e aponta para possíveis ações estratégicas, a depender das combinações relevantes para a organização (Quadro 4).

**Quadro 4 – Matriz de Ansoff**

<b>Mercado / Produto</b>	<b>Corrente</b>	<b>Novo</b>
<b>Corrente</b>	Penetração no mercado	Desenvolvimento de Produtos
<b>Novo</b>	Desenvolvimento de mercado	Diversificação

Fonte: Elaboração própria, com base em Ansoff (1991)

De acordo com a matriz, as combinações de menor risco são as apresentadas na coluna esquerda, no qual internamente a organização não necessita realizar mudanças significativas, enquanto na coluna direita, as mudanças em relação ao desenvolvimento de produtos podem ter influência sobre a estrutura organizacional, as competências necessárias, expansão das áreas de pesquisa e desenvolvimento, entre outros (ANSOFF, 1991).

Para trabalhar na perspectiva de desenvolvimento de produtos ou diversificação, a organização pode decidir por desenvolvimento interno, no qual dependerá da mobilização da

organização e redirecionamento das estratégias atuais, ou por aquisição, na qual poderá obter melhor custo-benefício, em razão de menor tempo (ANSOFF, 1991).

Outro ponto que Ansoff (1991) defende é que se a organização almeja resultados diferentes dos atuais, a sua construção histórica é relevante, porém limitada, sendo necessário primeiro construir o cenário futuro no qual ela almeja estar, para depois pensar nas estratégias que podem levá-la até este cenário.

Para Ansoff (1991, p. 161), os níveis estratégicos da decisão são três: “[...] (1) decidir onde operar (estratégia de carteiras); (2) decidir como operar (estratégia de competências); e (3) gerar novos projetos (aquisição versus desenvolvimento interno) [...]”.

Um diferencial deste autor para Simon (1971) e Mintzberg *et al.* (1976) é a discussão das estratégias também de financiamento e os recursos a serem alocados como um limitador da formulação de estratégias, e conseqüentemente, do processo decisório.

Ansoff (1991) também aponta a existência de um conflito quando quem pensa a estratégia não é quem a executa, com uma divisão do trabalho entre quem é responsável pelo desempenho da organização no momento, e quem é responsável pela geração do desempenho potencial futuro.

Essa incompatibilidade entre as funções dos membros da organização, também determina o comportamento dos mesmos em relação à estratégia, sendo definido por Ansoff (1991) como comportamento empreendedor, que tem como características ser descontínuo e estratégico, e o comportamento concorrencial, que é incremental e operacional.

Conseqüências desta incompatibilidade podem levar a não implementação da estratégia ou decisão tomada, devido à paralisia pela análise, quando as propostas ficam na gaveta e não são desenvolvidas; à resistência organizacional, por acreditar que a mudança pode prejudicar o cumprimento das metas correntes, acarretar em uma mudança da estrutura de poder, confrontar valores validados pelo grupo ou for baseada em informações consideradas irrelevantes; quando a alta administração diminui ou abandona a proposta de mudança, ou prioriza outra proposta; ou ausência de uma avaliação e/ou *feedback* dos resultados de propostas de mudanças em ciclos anteriores (ANSOFF, 1991).

Além dos fatores internos, o processo decisório também é afetado por fatores externos, tais como a dinâmica do segmento no qual a organização está inserida, o comportamento dos clientes e pressões externas de grupos de interesse (ANSOFF, 1991).

Como exemplo de influência externa, é apontada a mudança do comportamento de consumo na primeira metade do século XX, em que a oferta do produto com menor valor já não era suficiente, tendo este produto que ser incrementado por benefícios atraentes ao consumidor,

mudando também a estratégia das organizações, da ênfase na produção para a ênfase no mercado ou marketing (ANSOFF, 1991).

Para lidar com esses fatores, Ansoff (1991) orienta a administração da resistência às mudanças consequentes do processo decisório, que compreende desde o planejamento do que fazer organizacional, mapeamento de resistências e estratégias específicas para administrá-las e diagnóstico de comportamentos e conflitos e respectivas demandas no plano de mudanças, até assegurar a coexistência e inter-relação entre planejadores e executores.

De forma geral, os três autores apresentados ressaltam a importância da informação para subsidiar o processo decisório, bem como a integração dos elementos constituintes do ambiente interno e externo da organização e/ou instituição na qual o processo decisório está contextualizado.

## 2.4 Taxonomia

No sentido estrito do termo, taxonomia significa ordenação e lei, e tem-se registro de sua primeira aplicação científica na tentativa de organizar o conhecimento sobre a existência da vida na terra, com Lineu em 1735, com classificação vertical ou hierárquica e horizontal ou facetada, e que mais recentemente vem sendo utilizada pela informática e pela CI para organizar documentos e informações no contexto da *web* semântica (CURRÁS, 2010).

Este tipo de taxonomia, utilizado amplamente na biologia e em outras ciências naturais, configura-se como um tipo de classificação de unidades sistemáticas, como famílias, gêneros e espécies, que constitui um tipo de classificação dicotômica.

Na CI, e em especial em taxonomias aplicadas a contextos organizacionais, a classificação de unidades sistemáticas e exclusivamente hierárquica, conforme estruturada nas taxonomias tradicionais, não comportou a complexidade dos fenômenos estudados (WOODS, 2004).

Na CI, as taxonomias também são utilizadas para elaboração de esquemas de classificação sobre determinado domínio ou conjunto de registros documentais, com a finalidade de auxiliar a recuperação da informação e contemplam as etapas de elaboração e uso organizacional (AGANETTE; ALVARENGA; SOUZA, 2010).

A taxonomia é uma linguagem documentária, utilizada como instrumento para organização e representação do conhecimento sobre domínios especializados, que tem como potencialidade a ordenação em uma sequência lógica dos termos e documentos relacionados a este domínio, e utilizados no âmbito das organizações (SOUZA; ARAÚJO JÚNIOR, 2013).

Desta forma, a taxonomia contribui para facilitar a recuperação de informações que tenham influência sobre o desenvolvimento das atividades gerenciais (TERRA; VOGEL, 1998), incluindo o processo de tomada de decisão, podendo fornecer subsídios informacionais completos, tempestivos e consistentes.

A finalidade de organizar a informação por meio de uma taxonomia relaciona-se à necessidade de não haver ambiguidade dos termos, e destes serem considerados não somente seus conceitos, mas estes na sua relação com conceitos de outros termos, e que representam a nomeação de características dos conceitos, mas também as relações estabelecidas entre os termos de diferentes conceitos e para determinados sujeitos (AQUINO *et al.*, 2009).

Blackburn *et al.* (2014, p. 368, tradução nossa) apontam como motivos para classificar os documentos “[...] (1) unir documentos com conteúdo ou propósito semelhantes; (2) melhorar recursos de pesquisa e recuperação; (3) identificar criadores, proprietários e gerentes de conteúdo; (4) fornecer texto compreensível; e (5) reter e armazenar [...]”.

Em relação à gestão documental, a taxonomia contribui para minimizar os problemas decorrentes da utilização de linguagem natural nos documentos, a partir da padronização dos termos já utilizados na cultura organizacional e criação de novos pontos de acesso às informações disponíveis (SOUZA; ARAÚJO JÚNIOR, 2013).

No âmbito de processos organizacionais, a taxonomia pode contribuir para conhecer os processos realizados para atingir determinados fins, e avaliar quais decisões tomadas (ou revisadas) apresentaram mais benefícios de acordo com os objetivos das atividades (BLACKBURN *et al.*, 2014; CUNHA, 2018), reduzindo o improvisado a partir dos conhecimentos prévios dos sujeitos que estão como tomadores de decisão.

A taxonomia configura-se como um tipo de classificação estruturada, podendo ser também relacionada a um domínio ou a processos e tarefas gerenciais, sendo nestes dois casos, um tipo de classificação policotômica, que permite quantas classes, subclasses e níveis sejam necessários para comportar a representação do objeto estudado (CAMPOS; GOMES, 2007).

Segundo Araújo Júnior, Souza e Albuquerque (2015), a taxonomia pode ser definida como “[...] um sistema de classificação que apoia o acesso à informação, permitindo alocar, recuperar e comunicar informações em um sistema, de maneira lógica [...]”.

Desta forma, a taxonomia é um instrumento para construção de um esquema de classificação (estratégia de organização do conhecimento) para facilitar a construção de sistemas de recuperação de informação (estratégias de organização da informação).

A taxonomia relaciona-se com o processo de organização e recuperação da informação e do conhecimento, porque é um instrumento que trabalha com a classificação a priori, ou

anterior, permitindo a “entrada” de informações ou documentos de forma inteligível para produtores e usuários de serviços de documentos e informações (CURRÁS, 2010).

As metainformações, metadados ou as ‘informações sobre informações’, podem contribuir para compatibilizar diferentes linguagens documentais, fornecer o contexto informacional e facilitar a interoperabilidade entre os usuários de diferentes sistemas de recuperação de informação (GUINCHAT; MENO, 1994; TERRA; VOGEL, 1998).

#### ***2.4.1 Taxonomia como linguagem documentária***

O valor do documento nas relações sociais e institucionais está em sua capacidade de informar e dar conhecimento de temas e práticas registradas, a partir de perspectivas da realidade (LARA; ORTEGA, 2011).

A linguagem documentária surgiu a partir da década de 1960, com a finalidade de facilitar o acesso a um grande volume de informações produzidas até então, mas sem nenhum tipo de organização prévia, e que poderiam, ao mesmo tempo, evitar retrabalho para achados já reportados na literatura, e contribuir para a produção de novos conhecimentos a partir do conhecimento já existente (CINTRA *et al.*, 2002).

Para Cintra et al. (2002), linguagem documentária “é uma linguagem construída para indexação, armazenamento e recuperação da informação e correspondem a sistemas de símbolos destinados a ‘traduzir’ os conteúdos dos documentos”.

Para Guinchat e Menou (1994), a linguagem documentária tem caráter de descrever os documentos, de modo a facilitar a organização e recuperação da informação. A finalidade dessa linguagem é, portanto, compartilhar para um maior número de usuários, informações que traduzam o conteúdo dos documentos, e para tanto, beneficia-se da capacidade intuitiva do ser humano de buscar estruturas de classificação que nos ajudam a compreender a realidade (CINTRA *et al.*, 2002).

A comunicação ocorre primeiramente na forma de linguagem natural, que é composta por um conjunto de signos e seus respectivos significantes (som) e significados (conceitos), e que está sujeita a arranjos diferentes devido às relações estabelecidas entre os termos, como a polissemia e ambiguidade, no qual o mesmo termo pode ter diferentes significados; e a sinonímia, na qual termos diferentes pode ter significados iguais (CINTRA *et al.*, 2002).

E ao utilizar a linguagem natural no registro de informações nos documentos, pode ocorrer ruídos de comunicação, que envolve as estruturas de conhecimento da realidade daquele que registra a informação e do usuário da mesma, não sendo suficiente portanto, apenas disponibilizar o acesso aos documentos (CINTRA *et al.*, 2002).

A linguagem documentária é uma linguagem construída ou artificial, a partir da linguagem natural e também da linguagem especializada ou científica sobre determinado domínio, no qual se pretende disponibilizar o conhecimento registrado nos documentos, pela organização dos conceitos em um sistema de classificação (CINTRA *et al.*, 2002; SOUZA; ARAÚJO JÚNIOR, 2013).

O sistema de classificação da linguagem documentária, similar ao nosso processo de classificação, é importante para estabelecer a relação entre os conceitos e delimitar seus significados, de modo que estas relações minimizem equívocos de significados entre o que se pretende informar e o que o usuário irá compreender como informação (CINTRA *et al.*, 2002).

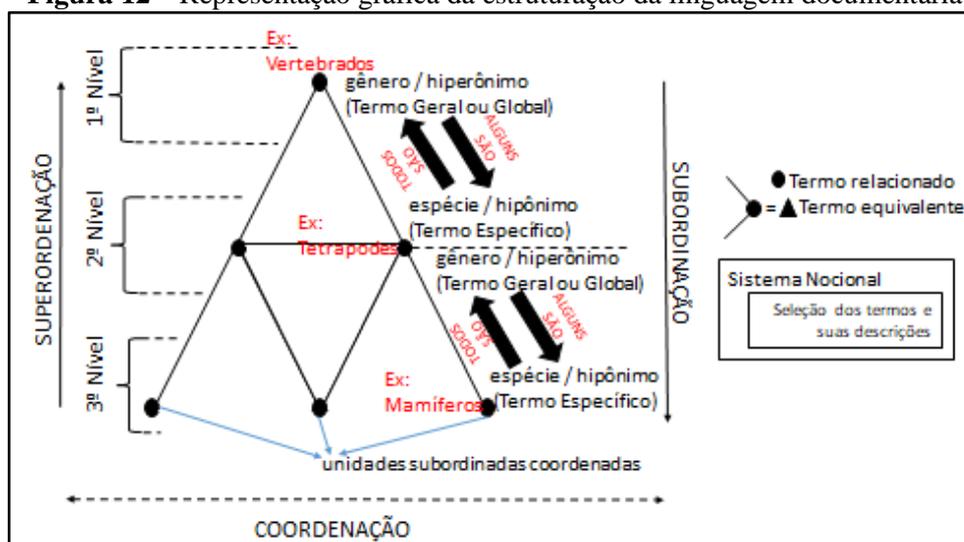
Sales (2011), diferencia os processos de organização da informação, quando se classifica documentos tendo como parâmetro um sistema de informação, e organização do conhecimento, quando se elabora um sistema de classificação.

Cintra *et al.* (2002), apontam elementos de uma linguagem documentária que podem contribuir para sua padronização: (i) definição do conjunto de termos; (ii) árvore classificatória ou relação vertical entre termos; (iii) relações horizontais ou coordenadas entre os termos; e (iv) definição de ‘chaves de acesso’ ao sistema de classificação.

Elementos da linguagem que designam os termos de acordo com sua posição na estrutura hierárquica são os hipônimos, correspondentes ao termo específico ou subordinado, e os hiperônimos, correspondentes ao termo geral ou global. Um mesmo termo, a depender de sua posição no sistema de classificação, pode ser definido como hipônimo ou hiperônimo (CINTRA *et al.*, 2002).

Na Figura 12, busca-se uma representação das definições apresentadas por Cintra *et al.* (2002), para compreensão do processo de estruturação de uma linguagem documentária.

**Figura 12** – Representação gráfica da estruturação da linguagem documentária



Fonte: Elaboração própria, com base em Cintra *et al.* (2002)

A delimitação do tipo de relação hierárquica entre os termos da linguagem documentária não se dá de forma arbitrária ou de acordo com critérios estabelecidos pelo sujeito que a constrói, e sim a partir de um “sistema nocial”, que se configura como um parâmetro de conhecimento e informações sobre o domínio em questão, e no qual estão explicitadas as relações existentes entre os mesmos (CINTRA *et al.*, 2002).

Para sistematizar esse sistema nocial, Robredo (2005) recomenda a construção de um dicionário de uso semântico padronizado dos termos, a partir do qual estes serão definidos, incluindo os termos relacionados, que não fazem parte da estrutura hierárquica, e os termos equivalentes, que podem substituir os termos designados sem prejuízo para o entendimento do sentido dos demais termos.

A construção desse dicionário, tal qual da linguagem documentária, pressupõe um grupo-alvo específico, ou o usuário do sistema de classificação a ser estruturado, e a análise dos termos utilizados nos documentos produzidos por este grupo (linguagem natural), bem como a literatura especializada ou científica sobre o tema (ROBREDO, 2005).

As relações hierárquicas a partir das quais se organiza os termos, tanto em classes ou subclasses na mesma linha horizontal quanto em linha vertical, podem ser genéricas, específicas, partitivas ou sequenciais.

Nas relações genéricas e específicas, as relações se dão entre termos gerais ou globais, que possuem características que englobam todos os termos das classes ou subclasses subsequentes, e entre termos específicos ou particulares, nos quais eles possuem as mesmas características de termos aos quais se subordinam, mas tem particularidades que os diferem de termos coordenados localizados na mesma classe ou subclasse (CINTRA *et al.*, 2002).

Nas relações partitivas, os termos que se encontram em relação de subordinação e superordenação correspondem a relação de todo – parte, e os que se encontram na mesma classe ou subclasse, correspondem a relação parte – parte. Pode-se ainda ter relações sequenciais, na qual um termo sucede o outro a partir de uma lógica tal qual causa – efeito, antes – depois, acima – abaixo, e assim sucessivamente (CINTRA *et al.*, 2002).

#### **2.4.2 Taxonomia como sistema de classificação**

Quando nos deparamos com um novo objeto, este é reconhecido a partir das suas relações em um sistema nocional do conhecimento prévio já existente, no qual identificamos quais são os outros objetos desse sistema com características comuns e diferentes em relação ao novo objetivo, através de uma operação cognitiva denominada de relação definitiva (MOREIRA, 2019).

Estas relações podem ser estabelecidas entre os termos específicos ou unidades terminológicas que compõe os conceitos e descrevem as características dos objetos já conhecidos neste sistema nocional, contextualizada em uma estrutura que não é construída pelo trabalhador da informação, mas pela estrutura na qual o referido sistema está contextualizado e pelo conhecimento prévio dos usuários da informação (MOREIRA, 2019).

Portanto, é o reconhecimento dos objetos a partir da relação dos seus elementos, que são comuns a elementos de outros objetos que já conhecemos, que é o que nos permite classificar novos objetos e ampliar nosso conhecimento e as informações disponíveis para a tomada de decisão (CARLAN; MEDEIROS, 2011).

O processo de classificação é inerente à natureza humana e à nossa organização enquanto sociedade, tanto pela diferença que distingue, quanto pela semelhança que agrega, e é a base de toda forma de conhecimento, independentemente do tipo de conhecimento (ARAÚJO, 2006).

A classificação da informação permite a representação de processos mentais compartilhados do que são as coisas que existem no mundo e quais as relações estabelecidas entre estas coisas (ROBREDO, 2005), refletindo também na organização do mundo como o conhecemos, permitindo ainda nos comunicarmos através da linguagem, e ao mesmo tempo construirmos novos signos e respectivas significações (CURRÁS, 2010).

A classificação taxonômica, que contempla a relação entre termos de diferentes conceitos, contribui para a recuperação de informação que os usuários podem até mesmo não ter como objeto de busca, mas que tem relação com sua necessidade informacional (BLACKBURN *et al.*, 2014).

Em relação aos conjuntos documentais, reunidos em razão de uma finalidade específica, a classificação permite um filtro na entrada de novos documentos, organizando-os de forma a torná-los mais acessível e contribuindo para uma cultura da utilização da informação para a tomada de decisão (SOUZA; ARAÚJO JÚNIOR, 2013).

As primeiras classificações utilizadas em biblioteconomia com o objetivo de organizar o conhecimento científico produzido foram a Classificação Decimal Universal e a Classificação Decimal de Dewey, que tiveram como objetivo facilitar a recuperação dos documentos classificados (ROBREDO, 2005).

Para fundamentar teoricamente a elaboração das linguagens documentárias, utilizam-se os referenciais da Teoria da Classificação Facetada, de Ranganathan; a Teoria Geral da Terminologia, de Wulster; e a Teoria do Conceito, de Dalbergh (CAMPOS, 2001).

Ranganathan foi um bibliotecário indiano, do início do século XX, que teve parte de sua formação na Inglaterra e propôs a construção de um sistema de classificação facetada, no qual as facetas poderiam ser desde área de conhecimento até conceitos, a depender da sua posição na estrutura classificatória (CAMPOS, 2001).

Ranganathan preocupou-se também com a inclusão de novos assuntos, separando entre o referencial sobre este tema, que seria considerada Teoria Dinâmica, do referencial sobre a estrutura do conhecimento já existente ou Teoria Descritiva, esta última de caráter retrospectivo e mais rígida em relação a possíveis mudanças (CAMPOS, 2001).

A classificação facetada constituía-se em um modelo de árvore que estabelecia relação entre os termos que compunham um conceito, e partia da premissa que logo abaixo do conceito ou domínio a ser classificado, haviam necessariamente cinco facetas ou categorias fundamentais, quais sejam personalidade, matéria, energia, espaço e tempo, a partir dos quais todos os objetos informacionais poderiam ser classificados (ROBREDO, 2005).

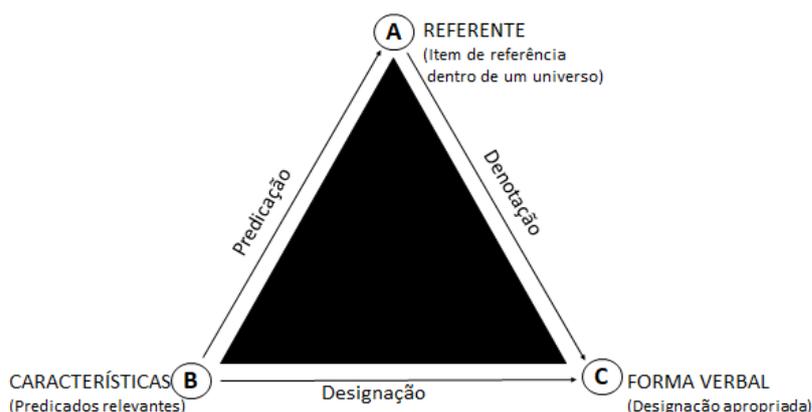
Para Campos (2001), a Teoria Geral da Terminologia de Wulster contribui para a definição terminológica do sistema de conceitos, que deverão ter o sentido pretendido quando observados em conjunto e em relação de interdependência de um conceito em relação aos outros, colaborando com a ordenação mental do conhecimento.

A relação entre os conceitos, que influencia no entendimento do seu significado, também são objeto de estudo da Teoria Geral da Terminologia de Wulster, e podem ser relações lógicas de comparação ou de combinação; ou ontológicas de coordenação ou de encadeamento (CAMPOS, 2001).

Dahlberg (1978), cientista alemã que trabalhava na área de Terminologia, aprofundou os estudos da definição terminológica, enunciando uma Teoria do Conceito, na qual “[...] o

conceito deixaria de ser uma unidade do pensamento para se tornar uma unidade do conhecimento [...]” (CAMPOS, 2001, p. 101), e seria composto pelos elementos: referente, características e forma verbal ou termo, a partir dos quais os conceitos são formados, conforme ilustrados na figura a seguir.

**Figura 13** – Esquema do conceito e seus elementos



Fonte: Elaboração própria, baseado em Dalbergh (1993)

Na Teoria Geral da Terminologia de Wulster, as características são elementos da definição terminológica que variam de acordo com as características atribuídas aos conceitos, e podem ser extrínsecas ou intrínsecas, de propósito ou de origem, dependentes ou independentes (CAMPOS, 2001).

O conhecimento não se dá na sua totalidade, mas sim no reconhecimento das unidades de conhecimento, quais sejam os conceitos, e das relações estabelecidas entre esses conceitos que fazem com que as informações tenham sentido (DALBERGH, 1993).

Dalbergh (1978) trabalhou com a ideia de conceitos gerais e conceitos individuais, compostos por enunciados verdadeiros relacionados às características essenciais (necessárias) e acidentais (adicionais ou possíveis).

As características essenciais ou necessárias podem ser de essência constitutiva ou de essência consecutiva; e as acidentais podem ser gerais ou individualizantes, e quantitativas ou qualitativas (CAMPOS, 2001).

As relações estabelecidas entre os conceitos, para Dalbergh (1978), são mais amplas que as sugeridas por Cintra *et al.* (2002), podendo ser estas relações hierárquicas, partitivas, de oposição ou funcionais, condicionadas às características dos conceitos em questão.

Em relação às categorias propostas por Ranganathan, Dalbergh as reagrupou em supercategorias, quais sejam entidades, propriedades, atividades e dimensões (ARAÚJO,

2006), responsáveis pela classificação de todos os conhecimentos existentes sobre a realidade (CAMPOS, 2001).

Para que a linguagem documentária possa reorganizar os conceitos em estruturas de classificação que permitam aos usuários a compreensão dos termos e seus significados correspondentes, cabe a estas a função de organizar o conhecimento sobre o domínio em questão, de acordo com as necessidades de informação dos usuários.

### **2.4.3 Tipos de taxonomia**

Em busca na base de dados de CI (BRAPCI) e no Google Acadêmico, foram identificados 10 estudos que apresentavam métodos para construção, elaboração ou desenvolvimento de taxonomias, relacionados no Quadro 5 e algumas delas mais detalhadas a seguir.

Vital (2010) relaciona como tipos de taxonomia: descritiva, de navegação, gerenciamento de dados e corporativa (por assunto, por unidade de negócios e funcional). Brooks (2017) e Blackburn *et al.* (2014) classificam a taxonomia por assunto (tópicos ou termos), organizacional (de acordo com a estrutura) ou funcional (de acordo com atividades ou tarefas a serem executadas para alcançar a finalidade organizacional).

Vital (2010, p. 69) construiu uma taxonomia navegacional de portais corporativos, começando pelas categorias mais gerais desenvolvidas pelo *Classification Research Group* (CRG) em relação ao produto a ser comercializado, a partir da proposta de Ranganathan: (i) partes; (ii) materiais; (iii) propriedades; (iv) processos; (v) operações; (vi) agentes; (vii) espaço; (viii) tempo; e (ix) forma de apresentação.

A coleta dos termos deve ser realizada na literatura especializada da área de conhecimento dos potenciais usuários da taxonomia, que assegura a garantia literária, e entrevistas com especialistas e/ou análise de documentos da organização para garantir que os termos selecionados na literatura são relevantes para busca de informações (VITAL, 2010).

Em seguida, recomenda-se a padronização dos termos, tendo como parâmetro a utilização de potenciais usuários, e o controle da diversidade de significação, com inclusão de metadados e redes relacionais de equivalência, partitivas, hierárquicas e não-hierárquicas ou sequenciais, que são desenvolvidas na construção do relacionamento semântico (VITAL, 2010).

Em todas as etapas da elaboração da taxonomia, Vital (2010) recomenda recorrer a classificações já existentes para reaproveitar ou auxiliar a criação de novas categorias, e na

aplicação da taxonomia, deverá se verificar o nível de precisão e/ou revocação na recuperação da informação, a depender da finalidade da taxonomia.

**Quadro 5 – Modelos de construção de taxonomias**

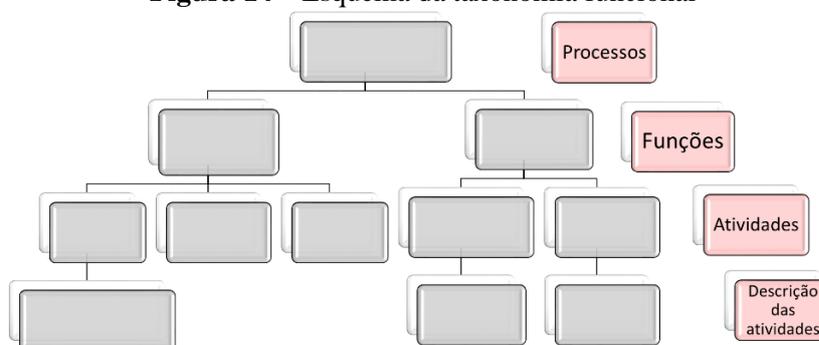
<b>Autores</b>	<b>Tipo</b>	<b>Etapas da construção, elaboração ou desenvolvimento</b>
Chosky, 2006	Modelo Geral	1. Selecionar a equipe da taxonomia; 2. Determinar os papéis na estratégia corporativa; 3. Determinar os propósitos do negócio e os requisitos para a taxonomia; 4. Reunir e revisar informações pré-existentes; 5. Conduzir levantamentos e entrevistas; 6. Criar inventários; 7. Racionalizar a classificação; e 8. Finalizar a taxonomia
Campos e Gomes, 2007	Modelo Geral	1. Captura de conhecimento; 2. Análise dos documentos / informações; 3. Elaboração da estrutura classificatória da taxonomia; 4. Validação
Vogel (2009 <i>apud</i> CUNHA; ARAÚJO JÚNIOR, 2017)	Modelo Geral	1. Diagnóstico; 2. Coleta; 3. Análise inicial; 4. Validação técnica; 5. Consolidação; 6. Validação estratégica; 7. Publicação; 8. Manutenção
Aganette, Alvarenga e Souza, 2010	Modelo Geral	1. Definição do domínio de conhecimento; 2. Análise das informações coletadas; 3. Coleta de termos; 4. Análise dos termos selecionados; 5. Estabelecimento das categorias gerais; 6. Construção dos relacionamentos semânticos; 7. Validação; 8. Definição da forma de apresentação; 9. Definição da tecnologia de suporte; 10. Publicação; 11. Manutenção
Aganette e Teixeira, 2017	Modelo Geral	1. Levantamento terminológico; 2. Seleção de termos; 3. Definição de termos; 4. Definição das categorias; 5. Ordem de citação das categorias; 6. Normalização gramatical; 7. Validação da taxonomia; 8. Manutenção da taxonomia
Souza e Araújo Júnior, 2017	Modelo Geral	1. Levantamento das áreas de conhecimento e relações hierárquicas entre os termos; 2. Elaboração da versão preliminar da taxonomia; 3. Validação da versão preliminar da taxonomia
Hedden, 2019	Modelo Geral	1. Coleta de informações para uma taxonomia; 2. Rascunho e construção do projeto de taxonomia; 3. Revisão / teste / validação e revisão da taxonomia; e 4. Elaboração do plano de governança / manutenção da taxonomia.
Vital, 2010; Vital e Café, 2011	Navegacional	1. Elaboração da taxonomia (i. Estabelecimento de categorias gerais; ii. Coleta de termos; iii. Análise e seleção de termos; iv. Controle da diversidade de significação; v. Construção dos relacionamentos semânticos); 2. Aplicação da taxonomia (i. Representação da Informação; ii. Organização da Informação recuperada em um dado acervo, repositório institucional ou sistema informacional)
Cunha e Araújo Júnior, 2017	Facetada	Etapa 1: levantamento das áreas do conhecimento e das relações hierárquicas de termos que integraram a primeira versão da taxonomia; e Etapa 2: elaboração da versão preliminar da taxonomia
Cunha, 2018	Facetada	1. Pesquisa bibliográfica (literatura especializada e estudos de caso) para lista de termos e suas relações; 2. Elaboração de taxonomia preliminar; 3. Aplicação da taxonomia preliminar em dois casos distintos; 4. Validação da taxonomia; 5. Consolidação da taxonomia; 6. Elaboração do modelo final da taxonomia

Fonte: Elaboração própria, baseado nos autores citados na coluna 1

Brooks (2017), Blackburn *et al.* (2014) e Chosky (2006) apontam a vantagem da utilização da taxonomia funcional em razão de que mudanças da estrutura organizacional podem ser mais recorrentes do que da finalidade organizacional, e auxiliam na tomada de decisão porque se referem às atividades-chave na instituição. Para tanto, podem ser utilizados métodos de análise do processo organizacional para identificação das categorias e demais camadas da taxonomia (BLACKBURN *et al.*, 2014).

A taxonomia funcional organiza-se de acordo com o funcionamento da organização, e tem como níveis, considerando do mais geral ao mais específico, as categorias de processos; funções; atividades; e descrição de atividades (VITAL, 2010), conforme Figura 14 abaixo.

**Figura 14** – Esquema da taxonomia funcional



Fonte: Elaboração própria, baseada em Vital (2010)

Cunha (2018) construiu uma taxonomia facetada nomeada “Modelo de Cunha”, voltada a apoiar as decisões relacionadas às atividades de auditoria de detecção de erros e fraudes, a partir das decisões bem sucedidas de outras auditorias com o mesmo objeto.

Para sua construção, Cunha (2018) utilizou de pesquisa bibliográfica (literatura especializada e estudos de caso) sobre auditorias de detecção de erros e fraudes para a elaboração de uma taxonomia preliminar; e em seguida, aplicou essa taxonomia a dois relatórios de auditoria: um de auditoria pública brasileira e um de auditoria privada norte-americana, para validação e consolidação do modelo final de taxonomia.

Na medida que o modelo de Cunha é aplicado, pode-se aumentar o conhecimento sobre o “como fazer” das auditorias de erros e fraudes contábeis; e também aumentar a base de informações em relação às lições aprendidas na realização das auditorias, possibilitando decisões mais objetivas e com um cenário prospectivo de sucesso, baseado nos resultados de atividades anteriores (CUNHA, 2018).

Tal qual verificado no Quadro 5, a elaboração da taxonomia é um processo complexo, que deve necessariamente ter uma etapa de aplicação para verificação da sua adequação aos

seus potenciais usuários informacionais, bem como uma comissão para governança da taxonomia, com diretrizes objetivas, que possibilite a manutenção e/ou enriquecimento da taxonomia ao longo do tempo, sem necessidade de criar uma nova (TERRA; VOGEL, 1998; CHOKSY, 2006; BLACKBURN *et al.*, 2014).

O indicativo da qualidade da taxonomia, para Blackburn *et al.* (2014), é medida pela facilidade do usuário em recuperar a informação que ele busca e as necessidades específicas das atividades que desenvolve.

## **2.5 Participação cidadã em saúde no Brasil**

Desde a concepção da participação como a capacidade de instituir normas para a recuperação de um estado de saúde anterior que permita a vida normal, até o protagonismo da participação no planejamento do Estado, o Brasil vem tentando fortalecer o engajamento dos cidadãos na construção das respostas públicas às demandas de saúde da população.

A inclusão da participação cidadã na gestão dessas respostas públicas é importante porque vivemos em um país extremamente desigual e as percepções construídas dentro dos gabinetes, ou por trabalhadores da saúde, não necessariamente refletem a percepção de determinantes que podem ter sido naturalizados, diante da ainda hegemônica visão baseada no modelo biomédico (FACCHIN *et al.*, 2011).

A participação é um objeto amplamente estudado na literatura nacional e internacional, tendo como consenso que a participação representa tanto a busca por objetivos previamente definidos, que seriam melhor alcançados em coletivo, quanto tem em si mesma a finalidade de qualificar os indivíduos para construção de uma cultura participativa e de práticas participativas (BORDENAVE, 1983; ESCOREL; MOREIRA, 2014).

Scorel e Moreira (2014, p. 855) definem o ponto de partida para a participação, como um “[...] indivíduo buscando intervir em uma situação concreta e histórica em que vive ao mesmo tempo em que se constrói como sujeito social [...]”.

A participação pode se dar em dois níveis: no nível macro, em que a população faz parte do processo decisório para o funcionamento do Estado, influenciando na construção das políticas públicas e de uma cultura participativa, em uma perspectiva mais ampla e coletiva; e também no nível micro, de caráter mais imediato, seja na família, na comunidade, na escola e em outros espaços nos quais os indivíduos possuem interesses diretos (BORDENAVE, 1983; ESCOREL; MOREIRA, 2014).

O processo de participação cidadã não se restringe aos espaços institucionalizados para tal, sendo necessário também incluir o conceito de participação política, no qual, diante dos coletivos constituídos e através da linguagem, vão se conformando comunidades discursivas que compartilham sentido e conformam sua vida por meio deste sentido (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

Nesta pesquisa, em decorrência da busca de referenciais teóricos na literatura internacional, adota-se o termo “participação cidadã”, em função da divergência de definições da participação social, mais recorrente na literatura nacional como participação da sociedade nas decisões do Estado, e na literatura internacional, como inclusão social de pessoas que possuem limitações individuais que dificultam sua acessibilidade aos espaços e/ou canais de participação.

Outra questão relevante para a escolha do termo é a tentativa de construção de um referencial teórico que considere que a luta pelo direito social à saúde não é restrita à luta pelo acesso à serviços de saúde, mas também engloba um conceito de saúde atrelado às condições de defesa da vida, de participação nas diferentes dimensões da sociedade e de interferência nos rumos que o Estado toma.

O termo cidadã/cidadão que apoia esta questão, relaciona-se com conceito de cidadania como “direito ao direito”, que além do direito social, que garante a participação na riqueza coletiva, também engloba os direitos civis, que tratam da liberdade e da vida em sociedade, e políticos, que garantem a participação no governo da sociedade (CARVALHO, 2002).

E quando falamos de participação cidadã, esta não se resume aos representantes, mas também engloba os representados que estão nos territórios buscando atenção à saúde, a outros coletivos de participação cidadã na saúde e aos que reivindicam em outros setores a interferência do Estado sobre os determinantes sociais da saúde e da doença, conformando o que Côrtes (2009c, p. 32) denomina de “comunidades de políticas”.

Para Côrtes (2009c), as comunidades de políticas se integram em uma rede que estabelece relação entre as demandas e as organizações competentes para a construção da resposta a essas demandas.

Arnstein (1969) construiu uma tipologia de níveis da participação cidadã amplamente referenciada na literatura, na qual considera que existem etapas entre forjar uma aparente participação e o cidadão de fato ter poder sobre as decisões do Estado.

Os oito níveis de participação cidadã seriam (ARNSTEIN, 1969): (i) manipulação dos gestores em relação aos cidadãos; (ii) o foco na terapia da patologia, individualizando o problema; (iii) constituição de um fluxo unidirecional das informações relevantes do Estado

para os cidadãos; (iv) redução dos cidadãos como fonte de pesquisa para os registros públicos; (v) escolha seletiva dos representantes para decisões favoráveis à gestão; (vi) redistribuição de poder entre cidadãos e gestores; (vii) delegação de poder aos cidadãos; e (viii) os cidadãos assumirem a gestão das unidades.

Para compreender como se deu o desenvolvimento da participação cidadã nas últimas décadas no Brasil, e chegar à concepção de qual nível de participação o produto desta tese pretende apoiar, será apresentada a seguir uma perspectiva de evolução da referida participação, pensando que inicialmente tínhamos um modelo de participação comunitária, a partir do qual foi buscado uma superação por experiências pioneiras no período pré-SUS, de participação popular, e com a implementação do SUS e a tentativa de institucionalização desta participação popular, o modelo de participação social que demos conta de consolidar nos últimos 30 anos.

### **2.5.1 A participação comunitária**

A noção de controle social na saúde pública surge no começo do século XVIII, com a implantação da polícia médica alemã e a estratégia de controle sobre a saúde e os corpos da população, em um contexto no qual o porte populacional relacionava-se à capacidade produtiva e bélica (FOUCAULT, 1979).

Esse modelo é aprimorado no contexto da Revolução Industrial inglesa e do amontoamento da população nos espaços urbanos, direcionando os esforços dessa polícia médica ao corpo dos pobres e dos trabalhadores como objetos de medicalização, e o espaço urbano como objeto de esquadramento, divisão por classe social e busca por salubridade (FOUCAULT, 1979).

Esta medicina curativa era apoiada pela abordagem da higiene, caracterizada como um conjunto de normas que visavam proteger a saúde individual e garantir o controle do Estado em relação à sociedade, e a intervenção médica era voltada para os aspectos relacionados à cura da doença cuja causa era única, e tinha como finalidade a normalização do indivíduo (AROUCA, 2003).

Essa abordagem pretendia ser superada pela proposta no âmbito das escolas estadunidenses de medicina preventiva, que baseava-se nos estudos sobre a História Natural da Doença (HND), segundo a qual, anteriormente à fase patogênica, na qual a doença era desenvolvida, existia a fase pré-patogênica, na qual a intervenção nos fatores relacionados ao ambiente, que rendeu inclusive o adjetivo de “conceito ecológico de saúde”, e a comportamentos individuais, teria caráter de prevenir a ocorrência da doença. Seu caráter etiológico passava a ser multicausal, e ao contrário da visão na medicina curativa, que visava a

normalização do indivíduo, a medicina preventiva pretendia a normalização da conduta médica, atrelada à HND (PAIM, 1997; AROUCA, 2003).

Apesar desta perspectiva ecológica sobre os fatores associados ao processo de adoecimento, a universalização da HND e as medidas de intervenção sanitárias atreladas a essa história, não considerava as desigualdades sociais, econômicas e políticas entre diferentes grupos populacionais, que também tinha consequência em uma distribuição desigual dos riscos associados à fase pré-patogênica da HND.

Forte ênfase foi colocada nos fatores associados ao estilo de vida e comportamento individuais, que foram incorporadas ao modelo de participação comunitária, iniciada no contexto da medicina comunitária estadunidense ao longo da década de 1970, no qual o Estado transmitia à comunidade (entende-se populações vulneráveis sem acesso à serviços de saúde) conhecimentos referentes ao autocuidado, e transferia a responsabilidade pelo estado de saúde a essas populações (CARVALHO, 1995).

No Brasil, os departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas implementados no contexto de uma Reforma Universitária no final da década de 1960 foram espaço de debate sobre sua aplicabilidade em um contexto com profundas desigualdades sociais, culminando em uma tese que se tornaria mais adiante a base da ideia de uma reforma no sistema de saúde, a partir da problematização da prática médica e do papel da comunidade na efetivação da saúde como direito (AROUCA, 2003; PAIM, 2008).

Apesar das discussões sobre a relevância do papel da comunidade na saúde, no contexto de transição demográfica e epidemiológica pela qual o Brasil vem passando nos últimos anos, podemos verificar que o foco da intervenção preventiva no nível individual em relação aos fatores associados às doenças e agravos não transmissíveis, reforçam ainda mais a prática da participação comunitária.

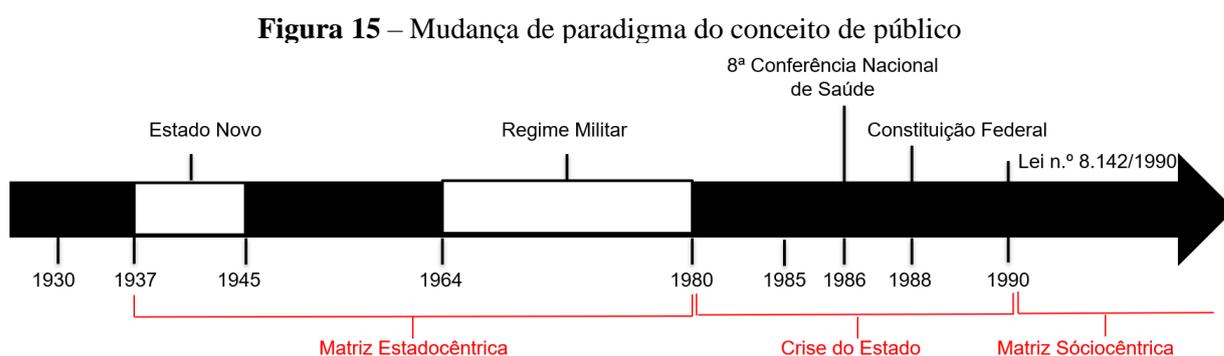
Nesta abordagem da participação comunitária, nem sempre a singularidade da pessoa que busca atenção à saúde é considerada, tendo a explicação das doenças primeiramente no ambiente, depois no sobrenatural (incluindo os microrganismos invisíveis aos olhos, mas poderosíssimos), e só depois no sujeito, sua história e seu contexto.

Keinert (2007) apresenta duas perspectivas do conceito de público, a serem consideradas no processo participativo: (i) como aparelho estatal, no qual o Estado deveria agir em prol da sociedade; e (ii) como interesse público, no qual a sociedade se torna parte do Estado na gestão de políticas públicas.

Esses conceitos de público também demarcam o desenvolvimento da noção de Estado, compreendendo uma transição de um modelo ou matriz estadocêntrica para uma matriz

sociocêntrica, provocada pela crise do modelo anterior na sua relação com a sociedade (KEINERT, 2007).

De acordo com revisão sistemática de periódicos especializados em administração pública, Keinert (2007) concluiu que no Brasil, o modelo estadocêntrico tem início na Era Vargas (Figura 15), em que apesar da implantação de uma série de medidas populistas de ampliação da proteção social, havia uma concentração do processo decisório nas mãos do Estado.



Na segunda metade do regime militar, a crise política, econômica e sanitária que ocorreu no país, contribuiu para o fortalecimento de movimentos sociais para questionar a equivalência entre público e Estatal e reivindicar a democratização da sociedade e do próprio Estado, e culminou na incorporação da participação como direito do cidadão na Constituição Federal de 1988.

A incorporação do paradigma proposto pela matriz sociocêntrica, “[...] baseado nas novas formas de participação da sociedade na construção e gestão do espaço público [...]” (KEINERT, 2007, p. 108), impactou em todo arcabouço normativo da nova política de saúde, com a incorporação da concepção de “participação comunitária” na Constituição Federal de 1988, e de participação e controle social na Lei Orgânica da Saúde n.º 8.142, de 28/12/1990, especialmente impulsionado pelo movimento sanitário, que reivindicava a democratização da saúde, da sociedade e do Estado (PAIM, 2008).

No entanto, antes da institucionalização da participação social nos espaços deliberativos delimitados para tal, o Brasil teve experiências “pré-SUS” de participação popular, que, diferentemente do que vimos na participação comunitária, trabalhava nos territórios o conceito ampliado de saúde, considerando os determinantes sociais como foco da intervenção e a população como protagonista do processo de construção das respostas públicas às demandas de

saúde, e estas experiências foram fortemente influenciadas por reflexões e experiências internacionais.

### **2.5.2 A participação popular**

Para Canguilhem (2011, p. 13), “[...] ...dominar a doença é conhecer suas relações com o estado que o homem deseja restaurar [...]”, portanto, a doença em si não representa algo separado da pessoa que adoecer, sendo mais relevantes para este as consequências qualitativas e particularizadas da doença na sua vida.

O problema é quando naturalizamos estas consequências do adoecimento como “parte” da vida das pessoas, instituindo níveis generalizados de normalidade que se relacionam com a capacidade individual de alcançar cada um desses níveis, independente dos pontos de partida ou contextos (CANGUILHEM, 2011).

Para Canguilhem (2011), se sentir saudável tem relação com a capacidade não só de alcançar estes níveis normativos, mas também de reconhecer sua singularidade, contexto e construção histórica, e a partir daí, ser capaz também de instituir normas de saúde e de felicidade. A sociedade compreenderia melhor novas normas instituídas por esses sujeitos empoderados de si e da sua história se considerasse válida a construção social de normas tanto quanto considera a construção biológica.

A crítica de Canguilhem (2011) em relação a definição de estado de saúde como um conjunto de condições exclusivamente biológicas tomadas como autônomas, que viram alvo de intervenção dos trabalhadores de saúde como se estes fossem suficientes para reprodução do processo de adoecimento, é fundamentada na importância da construção social e as agressões relacionadas às condições de vida e de trabalho que de fato determinam o processo de adoecimento e quem irá adoecer.

Para Guizardi e Pinheiro (2006, p. 382), “[...] produzir saúde implica o exercício das capacidades normativas dos sujeitos, colocar em debate os valores que os orientam, o que envolve a própria configuração institucional das alternativas de intervenção [...]”. Portanto, a participação cidadã extrapola os limites da decisão individual de cada sujeito em relação ao modo pelo qual se busca superar o processo de adoecimento, ampliando-se para a constituição de um aprendizado sobre as estratégias bem sucedidas que são empregadas e suas possíveis aplicações dentro de condições de vida e de trabalho específicos.

Para tanto, é necessária a criação de meios de compartilhamento e discussão para construção coletiva dessas novas normas e conhecimentos a respeito do modo de viver a vida e confrontar com as situações de adoecimento, através da linguagem e da sistematização das

informações e conhecimentos, que permita o compartilhamento das mesmas (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

Vivemos em uma sociedade na qual a linguagem e o compartilhamento de informações e conhecimentos são permeados de conteúdos preconceituosos, internalizados inclusive pelos sujeitos que tem as qualidades desvalorizadas pelos referidos conteúdos, e a restrição da participação e reprodução do discurso hegemônico se dá justamente entre os que são favorecidos pela norma vigente e querem manter o *status quo*.

Englobar diferentes sujeitos em uma construção coletiva desta norma permite quebrar a repetição de um ciclo que perpetua o estado de coisas que favorece somente determinado grupo da população, e atenuar a pressão sobre o indivíduo em relação ao enfrentamento de diferentes realidades que contribuem para seus processos de adoecimento.

Berlinguer (1978) faz uma retrospectiva na discussão de como a condição da saúde estava indissociável às condições gerais de vida, e que primeiramente se tem o movimento dentro das fábricas, relacionando as condições de trabalho e dos equipamentos e substâncias as quais o trabalhador estava exposto com suas condições de saúde, e posteriormente às condições do espaço urbano.

Se primeiramente a discussão se dava em torno de uma classe opressora que lucrava com a exposição da saúde da classe oprimida, sendo necessário uma consciência de classe para a defesa da vida dos trabalhadores, posteriormente as discussões no âmbito do espaço urbano que deterioram a saúde da população, fazem com que seja necessária a formação de uma consciência sanitária (BERLINGUER, 1978).

Para Berlinguer (1978, p. 5), “[...] consciência sanitária é a ação individual e coletiva para defender a saúde como direito da pessoa e interesse da comunidade [...]”, e que esse interesse deve ser socialmente construído, com atuação no âmbito coletivo e apoiado ao longo do tempo para se manter ativo.

Berlinguer (1978) também coloca que em algum momento a consciência da classe trabalhadora sobre os riscos aos quais estava vulnerável no ambiente de trabalho foi substituída por complementos salariais, e que trazendo para os riscos em relação as condições de vida, estas também foram substituídas por rearranjos sociais que permitiram a naturalização da ausência de perspectiva em relação aos direitos básicos de todas as pessoas.

No entanto, quando as pessoas não se reconhecem como sujeitos de direitos, de que a insurgência frente às desigualdades se referem à defesa da própria vida e que os processos sociais de deterioração das condições de moradia, educação, trabalho e renda são parte do problema que mantém seu estado de saúde frágil e vulnerável às suscetibilidades mais variadas,

reproduz-se o que Berlinguer (1978) chama de “círculo vicioso da doença”, que mantém a distribuição desigual dos riscos por gerações.

Berlinguer (1978) argumenta ainda que existe uma “deseducação” dos serviços de saúde, e que para mudar a perspectiva de usuários que só buscam os serviços quando estão com a saúde debilitada, para usuários que reconhecem os determinantes sociais sobre os quais se pode interferir, deve-se participá-los da organização das respostas públicas às necessidades de saúde.

Para construir respostas coletivas, é necessário pensar a causa dos problemas de saúde como produzidas no coletivo (BERLINGUER, 1978), em um contexto no qual o Estado favorece mais a culpabilização individual dos processos de adoecimento, se eximindo da responsabilidade de interferir nos determinantes sociais que conformam as condições de vida e de trabalho das pessoas (VALLA, 1989).

Essa demanda pode ser compreendida pela escuta dessas pessoas e dos problemas e dificuldades que o processo de adoecimento impõe para a sua existência e de seus dependentes, bem como conhecer as especificidades do contexto no qual o referido processo se dá.

A demanda é um termo das ciências econômicas para definir a lei de mercado, que deveria regular a livre concorrência sem a interferência do Estado e determinado pelo comportamento de consumo das pessoas e capacidade de produção do setor privado, no entanto, Luz (2006) nos convida a um esforço para compreender este termo no contexto da saúde coletiva, e ampliar as demandas de saúde para além da demanda por atenção médica, apesar do processo histórico de limitação da oferta em saúde na atenção médica individual ao longo do século XX.

A demanda por atenção médica individual, na perspectiva do mercado da saúde e do complexo médico industrial, gera novas demandas e mantém uma cadeia produtiva aquecida (LUZ, 2006). Diferentemente do contexto econômico, na saúde pública, a capacidade resolutiva da atenção à saúde, atuando como promotora de saúde ou preventivamente nos determinantes sociais da saúde, pode justamente não gerar novas demandas, e até mesmo romper ciclos de demandas que vem sendo reproduzidos ao longo do tempo em que reduzimos as práticas sanitárias à atenção médica individual.

Para Valla (1998, p. 9), “[...] participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social [...]”. Muitas vezes, estratégias de transferência da responsabilidade pela ação pública relacionada às condições de vida e trabalho, baseiam-se em conceitos impregnados na nossa cultura, como o da

meritocracia, que influenciou fortemente a ideia da participação comunitária no enfrentamento do processo saúde-doença apresentada no item anterior.

Nessa cultura, é como se aqueles que não sofrem com determinadas situações tivessem um mérito individual que justificasse essa desigualdade, e que, portanto, é individualmente que as pessoas devem sair dessa condição, quando, na verdade, é a manutenção por parte do Estado de uma série de privilégios para quem já usufrui de melhores condições que reproduz as desigualdades em ciclo ininterrupto.

Nesse sentido, Valla (1998) questiona o meio universitário do qual ele fala, e de que, mesmo quando se busca nas classes populares o sentido para o processo de adoecimento e as práticas que podem interferir no referido processo, o filtro ou interpretação a partir da qual esse sentido é reproduzido, diz mais sobre a posição do pesquisador do que do conhecimento das classes populares.

Valla (1996) coloca duas questões centrais que tem relação com o que ele chama de “crise de interpretação” dos pesquisadores e acadêmicos em geral sobre o conteúdo das classes populares, quais sejam, que a população está mais atenta à prática dos pesquisadores do que ao que é dito por estes; e que para entender o que é dito, é preciso conhecer da onde se diz, na ação concreta.

E nesse sentido, o sucesso do Estado não está na eficácia dos procedimentos realizados como atualmente vem nos informando os SIS, mas sim no estabelecimento de parcerias comunitárias e/ou com coletivos que atuem de forma integral sobre as condições de vida e de trabalho que interferem no processo de adoecimento.

Tal qual na manutenção do Estado da “cultura da meritocracia”, a interpretação acadêmica da realidade social das classes populares também subjuga o saber popular e propõe a qualificação desta participação pela apropriação de novos conceitos e termos que contribuem para a referida manutenção (VALLA, 1998).

Para Valla (1996b, n.p.), “[...] o saber técnico secundariza o saber acumulado da população trabalhadora quando lança mão da escolaridade formal como parâmetro de competência [...]”, desperdiçando outras formas de conhecimento e informações que poderiam contribuir para construção de respostas coletivas entre o Estado e a sociedade.

Categorias analíticas utilizadas para justificar a desconsideração ao saber popular apontadas por Valla (1998b, 1999) são a carência, a apatia e a desorganização, cujo parâmetro da normatividade hegemônica desconsidera as práticas potentes de participação sistematizadas por pessoas de classes populares.

A compreensão das condições de vida e de trabalho que interferem na saúde das pessoas só pode ser obtida a partir da fala e do fazer dessas pessoas, do conhecimento produzido e da forma como estruturam os demais conhecimentos em relação (VALLA, 1998) e o saber popular também deve ser considerado conhecimento acumulado e prévio para a tomada de decisões governamentais na saúde.

Freire (2019) nomeia os obstáculos e dificuldades para a busca de uma vida com condições plenas como “situações-limite”, que exigem “atos-limites” para superá-los. Estes atos, constituídos em uma relação dialógica, são referenciados em elementos concretos da realidade, incluindo demandas populares e possíveis respostas a essas demandas, e é fundamental sujeitos pretensamente detentores do saber se apropriarem destes elementos concretos da realidade para aproximá-los dos processos de tomada de decisão.

Se a tomada de decisão acontece distante destes elementos, ela corre o risco de desperdiçar informação relevante para a compreensão dos problemas, porque a condição de saúde não é um atributo do homem, mas algo a ser conquistado. Para tanto, Freire (2019) coloca que é necessário que esses sujeitos “emerjam” de suas consciências, dando conta de construir o “inédito viável”, no qual as situações-limites são superadas.

O não conhecimento da totalidade dos processos que envolvem a efetivação de respostas públicas às demandas de saúde, ainda mais por se tratarem de diferentes atores sociais, cada um com suas relações de poder, leva as pessoas a se distanciarem da reivindicação do atendimento das suas necessidades / demandas de saúde e não exercerem seus “atos-limites”.

A naturalização das situações-limite é obstáculo à visualização do inédito viável, favorecendo a manutenção das condições atuais ainda que sejam prejudiciais aos atores sociais que poderiam estar lutando pela sua transformação.

A desconstrução da situação-limite como algo estático pode ser alcançada, segundo Freire (2019, p. 154) pelo “desvelamento” da realidade, a partir da constatação da construção histórica e dinâmica dos “aspectos concretos da necessidade sentida” e da sua relação com a totalidade na qual os referidos aspectos estão contextualizados.

No Brasil, em meio ao regime militar instaurado nas décadas de 1960 a 1980, a participação popular foi identificada com entidades progressistas de luta pela democratização e com essas ideias de Freire (2009). Esse modelo de participação no Brasil ganhou contornos próprios a partir de experiências pré-SUS, como os Programas de Extensão de Cobertura (PEC), que se tornaram “[...] práticas de organização e politização comunitárias, na perspectiva de um projeto sanitário contra hegemônico [...]” (CARVALHO, 1995, p. 19).

Com os devidos ajustes, a proposta de participação comunitária gradualmente transforma-se em uma proposta de participação popular, que ainda que preservando o mesmo recorte do segmento da população, tem seu objetivo reformulado, para ser “[...] caminho de transformação política das práticas sanitárias e do conjunto do sistema de saúde [...]” (CARVALHO, 1995, pg. 21).

Uma das experiências mais relevantes desse processo histórico foi o Projeto Montes Claros, que tinha como finalidade “[...] criar uma demanda política, identificar necessidades da população e estimular expressões que as convertessem em demandas por políticas públicas [...]” (TEIXEIRA, 1995, pg. 104).

Esse processo se dava essencialmente pela participação popular e a discussão dos determinantes do processo de saúde e adoecimento na comunidade, relacionando no contexto em que os problemas e/ou demandas surgiam e reivindicando junto aos responsáveis pela intervenção sobre os referidos determinantes (TEIXEIRA, 1995).

A grande mobilização nacional em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, ampliou o conjunto de atores sociais implicados no movimento de construção de uma nova política de saúde, tendo como base fundamental a participação como exercício de cidadania (CARVALHO, 1995).

A inclusão da participação popular no processo decisório também se justificava por dar voz a um segmento da população que tem suas demandas historicamente invisibilizadas pelas desigualdades sociais e de saúde que a afetam (COSTA; VIEIRA, 2013).

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, outras experiências de participação popular no setor saúde davam-se nos espaços dos conselhos comunitários, populares e administrativos, que ao mesmo tempo em que apresentavam demandas da sociedade ao Estado, também colaboravam com a gestão no setor (ESCOREL; MOREIRA, 2014).

Os arranjos institucionais para participação durante o regime militar foram se constituindo na segunda metade da década de 1980, como estratégia para ampliar a base de legitimação da permanência dos militares no poder, com a criação de comissões interinstitucionais do nível local ao federal, para debater o planejamento de alocação de recursos (CÔRTEZ, 2002).

Passado o regime militar e a conquista do movimento sanitário na luta pela institucionalização da participação popular na reforma do sistema de saúde, vamos analisar a seguir a participação social no contexto do SUS.

### 2.5.3 A *participação social*

Quando da elaboração da lei sobre a participação comunitária prevista no texto constitucional, cuja inspiração no período “pré-SUS” se deu por iniciativas de participação popular, temos a adoção do termo “participação social”, com a mudança de concepção da “[...] população como objeto da política de saúde para protagonista do processo de planejamento [...]” (CARVALHO, 1995, p. 39).

A escolha pelo termo “participação social” também busca aproximação com a ressignificação do conceito de controle social, no qual não se trata mais do Estado controlando a saúde e os corpos para fortalecimento da sua capacidade produtiva e bélica, e sim da sociedade controlando o Estado para que este atue em convergência com os interesses e necessidades dos cidadãos (CARVALHO, 1995).

Esse novo enfoque, ao mesmo tempo em que garantiu o peso da participação sobre o processo decisório no sistema de saúde, também restringiu o papel dos colegiados que viriam a ser formados para institucionalização desta participação à função de “vigiar” o Estado enquanto executor da política, em detrimento de colaborar na sua formulação (CARVALHO, 1995).

Desta forma, o próprio consenso do que é participação, seja como um controle das ações do Estado e/ou como co-planejador das políticas de saúde, também contribui para a diversidade de práticas participativas que foram se conformando no Brasil ao longo da implementação da participação social, conforme prevista no arcabouço normativo (SERAPIONI; ROMANI, 2006).

No contexto do setor saúde no Brasil, podemos observar que a participação dos cidadãos foi provocada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na qual se reivindicou a democratização não só do acesso à saúde, mas também da sociedade e do Estado (PAIM, 2008).

No entanto, quando se tem previsto na Constituição que a saúde é direito de todos e dever do Estado, pode-se questionar quem são esses “todos” que a constituição se refere e como este dever será efetivado, uma vez que as desigualdades sociais também se reproduzem na exposição aos determinantes e no acesso às respostas para enfrentar o processo de adoecimento (BERLINGUER, 1978).

As conferências de saúde no Brasil foram instituídas por lei em 1937, e tinham a finalidade de apoiar a gestão central (federal) a partir de um diagnóstico da situação de saúde conformado por técnicos nos estados, permanecendo com esse caráter da primeira (1941) até a sétima Conferência (1980), sendo alterado pela Lei 8.142/1990, já no contexto de implementação do SUS (ESCOREL; BLOCH, 2005).

As conferências e os conselhos, que representam a participação cidadã institucionalizada nos principais pontos do processo decisório do planejamento em saúde, quais sejam, da eleição das prioridades das políticas de saúde e da fiscalização da execução das mesmas (SHIMIZU *et al.*, 2018), configuram-se como lócus estratégico de apoio à apropriação deste espaço pela lógica democrática dos diferentes saberes, de compartilhamento de experiências e de construção coletiva de proposta de organização social.

Vamos partir da concepção, baseada em Côrtes (2009), que a representação cidadã exercida nas conferências é uma “ação política substantiva” e que apresenta decisões baseadas em consenso dos representados, porque, apesar de todas as limitações já abordadas no item 1.1 deste texto, este é um espaço conquistado pela sociedade e não podemos retroagir neste processo, e sim avançar na qualificação e no apoio ao mesmo.

O direito à saúde é universal e o financiamento das atividades governamentais em saúde também é universal, no entanto, são os atores direta e indiretamente envolvidos no fazer cotidiano das ações de saúde os que participam mais efetivamente das conferências, quais sejam os usuários, trabalhadores, prestadores e gestores do setor saúde (CÔRTEZ, 2002).

A partir da década de 1990, coordenado por um conselho de saúde também reformulado, as conferências deveriam se tornar colegiados deliberativos responsáveis pela eleição das diretrizes prioritárias da política de saúde para o período de 4 anos, com representatividade dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços privados e gestores do setor saúde (ESCOREL; BLOCH, 2005), transformando o fluxo de elaboração da política de saúde e buscando a repartição do poder da esfera executiva para a participação cidadã.

Nesta nova configuração, para Escorel e Moreira (2009, p. 242), a função mais relevante destes novos colegiados era “[...] a definição e deliberação das políticas de saúde em consonância com as necessidades da população [...]”, ainda que as deliberações das conferências sejam consideradas prioridades a serem adequadas e não metas a serem cumpridas, enfraquecendo seu caráter deliberativo.

O movimento sanitário buscava na implementação de um novo sistema de saúde a revolução social que conseguiria intervir sobre os determinantes sociais de saúde, relacionados às condições de trabalho e os modos de viver a vida, no entanto, o que se concretizou foi uma perspectiva reformadora, restrita ao setor saúde, de adequação da assistência às necessidades relacionadas à doença (PAIM, 2008; SHIMIZU; PEREIRA, 2018).

Apesar dessa delimitação ao setor saúde, as conferências, quando não são excessivamente capturadas pela lógica burocrática do cumprimento dos ritos para legitimação

do processo de planejamento, vêm se consolidando como espaço privilegiado do debate sobre as condições de vida e de assistência em saúde das pessoas.

Quando capturadas pela lógica burocrática, a participação cidadã se conforma em um lugar de falas incomodadas, inconformadas, descontextualizadas e isoladas uma das outras, como se cada indivíduo falasse de um universo exclusivamente subjetivo, inexistente na totalidade do sistema, e ficando a cargo dos técnicos especialistas a abstrata tarefa de adequar o plano de governo dos mandatários a essas falas.

A finalidade das conferências de saúde é de contribuir para o planejamento do sistema de saúde para que este seja resolutivo nas respostas às necessidades de saúde da população, e para tanto, “[...] precisa levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam [...]” (VALLA, 1999, p. 9).

Como resultado desta reivindicação, temos a participação concedida, a partir do momento que a participação na saúde se tornou um preceito constitucional, e suas instâncias tornaram-se colegiados deliberativos de planejamento das prioridades de políticas de saúde e fiscalização da execução dessas políticas.

Segundo Bordenave (1983), essa participação concedida pode ser simbólica, na qual existe uma percepção de participação, ainda que esta não seja efetivada na prática, ou na realidade na qual deveriam ser vislumbrados os produtos desta participação.

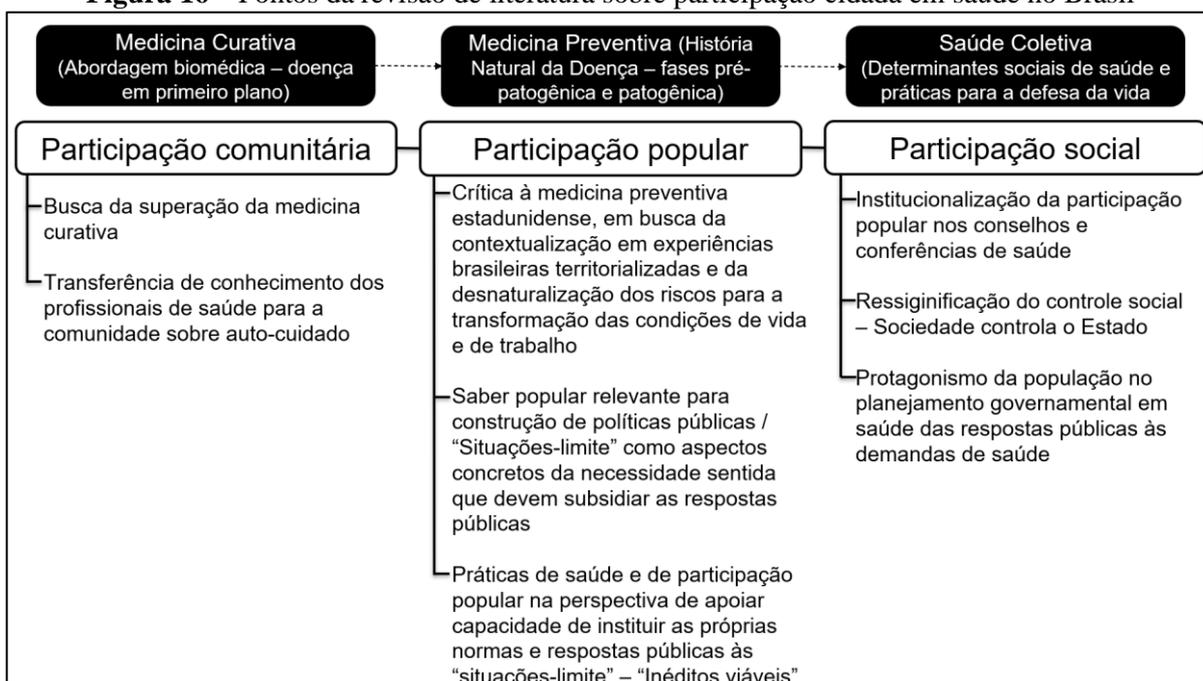
Historicamente, as conferências que ocorreram após a institucionalização da participação social, tiveram fortemente o caráter de defesa do projeto da reforma sanitária, que sofreu inúmeras contingências políticas e de financiamento ao longo da implementação do SUS, enfraquecendo a ideia inicial de um projeto de reforma geral para além do setor saúde, visando os determinantes cuja resolução se dava de forma intersetorial (PAIM, 2008).

A concentração de esforços pós-8ª Conferência Nacional de Saúde nas arenas decisórias dos poderes legislativo e executivo, que culminaram na regulamentação do SUS, afastou o projeto da reforma da sua origem, que se dava no âmbito sócio comunitário, e conseqüentemente afastou também das suas dificuldades em relação à participação social (PAIM, 2008).

Apesar das fragilidades do modelo de sistema de saúde que temos atualmente, Paim (2008) conclui que a reforma sanitária está inconclusa, e permanece em curso com a mesma ideia de democratizar a saúde, compreendida em uma estrutura social e produtiva que determina a distribuição dos riscos e dos processos de saúde e adoecimento de forma desigual na sociedade.

De forma sintética, podemos apresentar (Figura 16) os principais pontos que diferenciam propostas de participação cidadã, ressaltando que, apesar da forma de apresentação, estas não se encontram presentes de forma sequencial na evolução da participação cidadã no Brasil, mas sim que coexistem.

**Figura 16** – Pontos da revisão de literatura sobre participação cidadã em saúde no Brasil



Fonte: Elaboração própria

Pode-se observar que o tipo de participação perseguido na luta do movimento sanitário que culminou na implantação do SUS, originou-se das experiências pioneiras pré-SUS de participação popular, e que o debate sobre que tipo de participação estão se constituindo nas conferências de saúde atualmente devem contemplar essa perspectiva e resgatar o âmbito sócio comunitário da co-construção coletiva de um sistema de saúde cujas respostas públicas tenham como foco os determinantes sociais que geram a distribuição desigual dos riscos e dos adoecimentos na sociedade.

## 2.6 Políticas Públicas

As políticas públicas representam a estratégia / diretrizes prioritárias para a ação governamental no enfrentamento de problemas públicos, e pode ser dividida nas fases: (i) identificação do problema, (ii) formação da agenda, (iii) formulação de alternativas, (iv) tomada

de decisão, (v) implementação, (vi) avaliação e (vii) desfecho (SECCHI, 2014). São definidas como

[...] conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental [...] (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016, p. 163).

A política pública tem, portanto, uma função social de garantir a viabilidade da garantia de direitos dos cidadãos condicionados como dever do Estado e de contribuir na organização da vida em sociedade.

Chripino (2016) discute as políticas públicas transparentes, nas quais estas seriam compartilhadas com a sociedade desde a construção do diagnóstico até os resultados almejados, com indicadores que permitam acompanhar o *status* da situação inicial, a implementação da política e suas repercussões em relação à sua motivação.

No entanto, no jogo de forças entre Estado e sociedade para definição das políticas públicas de uma forma geral, o que os cidadãos conhecem relaciona-se com os problemas concretos e as possibilidades de solucioná-los, configurando-se muitas vezes como uma incógnita o complexo processo que deve ocorrer entre essas duas variáveis.

Do surgimento do problema, dos fatores associados à sua ocorrência, de quem mais tem esse mesmo problema, da eleição das prioridades dentre os inúmeros problemas, dos setores e respectivas autoridades responsáveis, da previsão de receitas e despesas, dos requisitos para a execução orçamentária, da infraestrutura disponível, da capacidade instalada existente, da formação dos trabalhadores, da conformação do mercado do segmento, entre outras etapas que interferem na formulação das políticas públicas, estas devem ser transparentes aos cidadãos, em especial em setores da administração pública nos quais os cidadãos são partícipes do processo dessa formulação.

Como apresentado na seção 2.5.3, com o processo de redemocratização e a reforma do sistema de saúde, a participação cidadã na formulação das políticas públicas de saúde tornou-se um pressuposto constitucional, e a dificuldade de acesso a essas informações produz mais um agravante de que os cidadãos devem tomar decisões sem respaldo das informações necessárias.

A ausência de políticas públicas transparentes torna o processo decisório opaco se não são empreendidos esforços de maior transparência informacional e estratégias de tratamento da informação, definidas em uma política pública de informação, que possa contribuir com a

compreensão do processo de planejamento, execução e fiscalização das políticas públicas (JARDIM, 1999).

### ***2.6.1 Política pública de informação***

O Estado possui um grande volume de informações que são fundamentais para a compreensão dos fenômenos sociais, desde sua constituição histórica até as repercussões na vida cotidiana das pessoas, e sua publicização é não só um dever do Estado, como um direito do cidadão. Ao passo que a não publicização configura-se como um elemento que pode levar à manutenção de ciclos cujo objetivo das políticas públicas seja rompê-los.

É por isso que as políticas públicas de informação e práticas informacionais da administração pública são consideradas transversais a todas as demais políticas públicas, incluindo do setor saúde, porque sem informações governamentais não há possibilidade de participação da sociedade no processo decisório das ações dos governos e de uma sociedade de fato democrática (JARDIM, 1999; JARDIM, 2006).

Para apoiar a participação da sociedade em um contexto democrático, define-se políticas públicas de informação como

[...] conjunto de premissas, decisões e ações – produzidas pelo Estado e inseridas nas agendas governamentais em nome do interesse social – que contemplam os diversos aspectos (administrativo, legal, científico, cultural, tecnológico, etc.) relativos à produção, uso e preservação da informação de natureza pública e privada [...] (JARDIM; SILVA; NHARRELUGA, 2009, p. 9).

Dentro das políticas públicas informacionais, temos as políticas públicas arquivísticas responsáveis pelas decisões do Estado em relação à produção, uso e preservação das informações arquivísticas públicas e privadas (JARDIM, 2006), que desempenham importante papel no acesso às informações governamentais registradas nos documentos que compõem os arquivos públicos e privados.

Quando o cidadão tem acesso à informação governamental, de outro modo, este tem a possibilidade de se engajar nas arenas públicas de tomada de decisão, e “[...] o cidadão abandona seu eterno estatuto de sujeito para tornar-se ator integral na relação administrativa [...]”, compreendendo como funciona o processo decisório no âmbito da administração pública, como pode exercer influência sobre o mesmo e ser seu signatário (JARDIM, 1999, p. 60).

Quando a sociedade pode participar da gestão da informação governamental, não somente enquanto usuário, mas também como definidor das prioridades em relação a quais

informações são relevantes e de que forma elas podem ser publicizadas, avança-se nos objetivos de uma política pública de informação (JARDIM, 2006).

Analisando retrospectivamente, o Brasil, fundado em um contexto de longo período de colonialismo, se constituiu como um estado patrimonialista que privilegiava o interesse privado, e a tentativa de transição para um modelo burocrático que privilegiasse o interesse público não superou na totalidade o modelo anterior, que era fortalecido com a cultura do segredo.

O controle das informações permitia a manutenção de práticas que poderiam ser questionadas ou que não atendessem o interesse público, tendo que se submeter ao escrutínio das instituições e da sociedade (JARDIM, 1999).

Durante o período do regime militar, aprofundou-se ainda mais a opacidade informacional do Estado, e no período pós-85, o desmonte de várias estruturas da administração pública enfraqueceram as iniciativas de aumentar a transparência informacional prevista na Constituição Federal de 1988 (JARDIM, 1999).

Pelo dispositivo constitucional, o direito à informação constitui-se como direito difuso inerente ao exercício da cidadania nos mais diversos setores da sociedade, e a negação desse direito aprofunda as desigualdades sociais em relação às oportunidades de se buscar condições para uma vida digna e faz, dos cidadãos lesados com as decisões governamentais, cúmplices da manutenção dos seus prejuízos (JARDIM, 1999; CEPIK, 2000).

O direito à informação relaciona-se ao acesso de quaisquer informações produzidas sobre si ou sobre o Estado, com as devidas excepcionalidades legais (CEPIK, 2000), e devem ser garantidos por políticas públicas e práticas informacionais que facilitem o acesso intelectual das informações relevantes para o cidadão (JARDIM, 1999).

Dentre as informações públicas, a disseminação das informações governamentais tem grande valor associado em um contexto democrático e deve ser coordenada por uma política nacional de informações (UHLIR, 2006).

Com o advento da internet, a gestão da informação governamental acabou subordinada aos departamentos de informática da administração pública, que não necessariamente tinham conhecimento sobre organização e representação da informação, e cujo foco passou a ser o acesso à informação, independentemente do local físico onde ela se encontrava e dos seus potenciais usuários (JARDIM, 1999).

Esse conhecimento sobre organização e representação da informação é relevante porque somente o acesso às informações pode ser insuficiente, se o cidadão não consegue estabelecer relação entre a informação e o fenômeno social a ser debatido e entre a política pública a ser

decidida, a racionalidade da decisão e seu impacto na vida cotidiana, bem como avaliar seu custo benefício e cenários prospectivos (ROTHBERG, 2009).

Podemos considerar o diagnóstico como o primeiro passo deste processo decisório que deve ser subsidiado pelas informações estruturadas pelas políticas públicas, porque é a partir do entendimento do problema público, suas possíveis causas e consequências, que se é possível identificar o mesmo enquanto demanda pública suficiente para mobilizar a necessidade de uma resposta pública do Estado.

Para que a informação seja relevante nesse processo de diagnóstico, esta deve contemplar diferentes aspectos do referido fenômeno, bem como o funcionamento do processo decisório em si. Pode-se definir a informação de diagnóstico para políticas públicas como aquelas que informam sobre “[...] seus antecedentes, alternativas, desafios, demandas a serem enfrentadas, limites, resultados esperados, possíveis desdobramentos, prazos, custos, etc. [...]” (ROTHBERG, 2009, p. 12).

Estas informações permitem que políticas públicas de outros setores, tais quais as da saúde, sejam franquias com os benefícios da transparência informacional e que se possa estabelecer modelos de organização da informação que apoiem o processo decisório, facilitem a compreensão da complexidade da administração pública e registrem enquanto memória os atos empreendidos em prol da resolução dos problemas públicos.

### ***2.6.2 Política pública de saúde***

Conforme apresentado na subseção 3.5.3, a Constituição Federal de 1988 e as leis orgânicas da saúde de 1990 consolidaram a proposta do movimento sanitário de reforma da política de saúde, passando de um modelo de seguro social para um modelo de seguridade social, nomeado como Sistema Único de Saúde (SUS).

A principal característica da mudança de modelo configura-se na desvinculação da contribuição ou seguro financeiro específico para receber assistência médica, universalizando tanto o direito ao acesso às ações e serviços de saúde, quanto à participação no processo decisório sobre quais ações e serviços deverão ser ofertados (FLEURY; OUVRENEY, 2012).

Ainda que o foco inicial do movimento sanitário fosse a democratização da saúde, do Estado e da sociedade em uma articulação intersetorial para intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença, a reforma setorial da política pública de saúde permanece como um processo de construção ao longo do processo de implementação do SUS.

A breve introdução sobre políticas públicas de saúde que será referida na presente subseção traçará o panorama da literatura sobre a conformação desse novo sistema, que é em si

as bases fundamentais da política pública de saúde vigente, e que vem sendo construída à medida que avança sua implementação.

Paim e Teixeira (2006, p. 74) definem políticas de saúde como “[...] estudos sobre papel do Estado, relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública [...]”.

No caso brasileiro, foi proposta a estruturação da política de saúde então definida no formato de sistema público e universal, integrando entes federativos (municípios, estados e distrito federal) autônomos a serem coordenados pela gestão federal do referido sistema, devendo ser acessível a toda a população independente da sua capacidade de pagamento (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

A estruturação do SUS segue princípios doutrinários definidos no seu arcabouço jurídico, dentre os quais a universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, a integralidade da atenção desde a promoção da saúde até a reabilitação após o tratamento, e a equidade no referido acesso, priorizando quem está em situação de maior vulnerabilidade diante do adoecimento (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

São seguidas também as diretrizes organizativas definidas pelos mesmos instrumentos legais de descentralização da gestão administrativa e financeira do SUS para níveis locais, com corresponsabilidade dos níveis de gestão municipal, estadual, distrital e federal; regionalização dos serviços assistenciais em razão das dimensões continentais do Estado brasileiro e grande número de municípios de pequeno porte populacional; hierarquização dos serviços de saúde com coordenação conjunta do itinerário terapêutico do usuário ao longo da rede; e participação comunitária no protagonismo do processo de planejamento do SUS (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A universalização do acesso colocava-se como contraponto do acesso restrito a beneficiários contribuintes na política de saúde anteriormente vigente no contexto nacional, e era contraponto também da recomendação dos organismos financeiros internacionais de focalização que se traduzia na oferta de uma cesta básica de serviços para um grupo restrito da população em situação de vulnerabilidade social (COHN, 2005).

No entanto, a focalização é referida no âmbito do SUS com a finalidade de garantir o princípio da própria universalização do acesso e da equidade, que é definida por Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009, p. S221) como “[...] resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente [...]”, e tem relação com movimentos sociais que constituíram a base do movimento sanitário, na reivindicação de políticas que atendessem as especificidades de grupos com diferentes demandas de saúde (COHN, 2005).

Desta forma, as ações e serviços de saúde ofertadas devem considerar as desigualdades existentes das necessidades de saúde para garantir o acesso da população sem excluir grupos que não possuem as mesmas condições para alcançar o referido acesso (COHN, 2005).

O princípio da integralidade aplicado à política de saúde também considera as desigualdades existentes e orienta a formulação de respostas pública às doenças (ações assistenciais) e a grupos populacionais específicos (ações preventivas), de forma articulada considerando ao mesmo tempo o sujeito como um ser integral e o sistema de saúde organizado de forma a atender as demandas levando em conta esta integralidade (MATTOS, 2007).

Essas respostas são formuladas como políticas específicas de saúde, ou políticas “dentro” da política pública de saúde (SUS), que vem se conformando seguindo processo de elaboração similar ao ciclo de planejamento do SUS, apresentado na Figura 1, com a realização de conferências de saúde para subsidiar o processo decisório do planejamento das políticas, e podem ser exemplificadas pelas políticas de saúde indígena, de saúde mental, da mulher, da população negra, entre outros.

A descentralização é uma diretriz importante porque visava ao mesmo tempo incrementar o acesso às ações e serviços de saúde no território em que as pessoas demandavam este acesso e aproximar o processo decisório das respostas públicas a estas demandas da população deste território, diminuindo as desigualdades regionais quando comparados grandes centros concentradores de equipamentos e recursos humanos em saúde (GERCHMAN; VIANA, 2005).

A ampliação do acesso se deu principalmente pela atenção básica, capilarizada no continental território nacional e responsável pela coordenação do cuidado no percurso do usuário em busca da resolução da sua necessidade de saúde, com organização hierarquizada relacionada principalmente às fases pré-patogênicas e patogênicas da HND.

A regionalização mantém a lógica do território como locus privilegiado das práticas de saúde, mas considera que ações, serviços e equipamentos de saúde de maior complexidade, que demandam maiores gastos e mão-de-obra especializada, podem ser implementados em pontos estratégicos que cubram um conjunto de municípios.

Este tipo de organização tinha finalidade, portanto de otimizar os recursos existentes e compor uma rede de serviços comunicantes entre si que dessem conta de atender de forma resolutiva as demandas de saúde da população, e é concretizada no desenho das redes de atenção em saúde, que tem como fundamentos “[...] economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção [...]” (MENDES, 2011, p. 71).

De forma geral, e podendo também ser setorial ou temática de acordo com políticas específicas, as redes de atenção em saúde deveriam representar o conjunto de ações, serviços, sistemas, suportes, equipamentos, entre outros, integrados entre si, que em um território adscrito deve ser capaz de atender as necessidades de saúde da sua população, sendo coordenado pela equipe da atenção primária à saúde (Figura 17).

**Figura 17** – Modelo de estrutura operacional das redes de atenção à saúde (RAS)



Fonte: Mendes, 2011, p. 86

Apesar do arcabouço constitucional e legal, que dava bases específicas para a estruturação e organização do novo sistema de saúde, a “herança” do aparato administrativo-assistencial da política de saúde anterior e os projetos de governos eleitos na década de 1990 não foram coincidentes e houveram desafios importantes na implementação do SUS, que foram debatidos amplamente nas arenas decisórias da participação cidadã, tais quais as conferências de saúde (ARRETCHE, 2005).

Dentre os principais desafios, está o financiamento da nova política de saúde no contexto de descentralização da gestão dos sistemas locais de saúde para municípios e estados ao mesmo tempo em que o governo federal buscava implementar medidas de redução do Estado e políticas de austeridade fiscal (ARRETCHE, 2005).

Na década de 1990, as normas operacionais buscaram sistematizar a transição da política de saúde anterior para a organização do SUS, com estabelecimento de transferências automáticas de recursos financeiros condicionadas ao cumprimento das indicações do gestor federal (ARRETCHE, 2005).

As condicionalidades referidas deveriam ser estabelecidas nas conferências de saúde considerando os princípios e diretrizes do SUS, para reconstrução da política pública de saúde com elaboração periódica de planos de saúde cujas diretrizes prioritárias são decididas por atores representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores privados do SUS (FLEURY; OUVENEY, 2012).

As diretrizes prioritárias decididas nas conferências são parte do processo técnico-burocrático de planejamento da política pública de saúde, que segue para as próximas etapas de definição da resposta pública e construção de viabilidade econômica da execução dessas respostas dentro do orçamento público, para que a política se concretize nas práticas de saúde no cotidiano da vida das pessoas (FLEURY, OUVENEY, 2012).

Viacava *et al.* (2018) observaram que, ao longo de 30 anos de implementação do SUS, houve aumento quantitativo de acesso às ações e serviços de saúde, no entanto, apesar de carecer de informações públicas organizadas para avaliação da qualidade desse acesso, observou-se a persistência das desigualdades regionais, o subfinanciamento e os impactos da rápida transição demográfica e epidemiológica, concomitante às doenças e agravos relacionados às desigualdades sociais ainda acentuadas no Brasil.

No contexto da pandemia de COVID-19, podemos apontar que as mazelas decorrentes do quadro social ainda não superado e a insuficiência da capacidade instalada e de profissionais do sistema foram ainda mais destacadas, e caberá à gestão compartilhada entre Estado e sociedade a elaboração dos planos que fortalecerão tanto a política pública de saúde quanto suas políticas específicas.

## **2.7 Conclusões da revisão de literatura**

O movimento sanitário, que culminou na implementação do SUS, nasceu de uma base sócio comunitária, inspirado por experiências de participação popular na construção coletiva de respostas públicas para intervenção nos determinantes sociais das demandas de saúde, no entanto, a institucionalização da referida participação em arenas decisórias tais quais as conferências de saúde, fez com que se conformasse uma nova forma de participação na qual diferentes atores sociais participam de forma desigual, como já apontado na subseção 1.1 deste texto.

O processo de implementação da participação social nos moldes regulamentados garantiu a capilarização no território nacional das instâncias deliberativas dos conselhos e conferências de saúde, mas não conseguiu ficar alheio à estrutura social na qual está

contextualizado, e práticas que deveriam ter sido superadas na reforma do sistema de saúde, permaneceram operando inclusive para resistir na manutenção do modelo de participação que se pretendia ter superado.

No entanto esse processo de institucionalização está em construção e é dinâmico, e em constante luta para a efetivação da participação popular como concebida nos movimentos pré-SUS. Dentre os principais desafios para esta efetivação, está a organização da informação para apoiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, objetivo central desta tese.

Dentre os objetivos específicos, estão a busca pela compreensão de como se dá fluxo de informações do processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, considerando a totalidade na qual este processo está inserido; ordenação das informações considerando as respostas públicas aos determinantes sociais das demandas de saúde; e a validação desta ordenação na aplicação da taxonomia apresentada no conjunto documental relacionado às conferências de saúde.

No contexto da saúde, a tomada de decisão ocorre muito em função de fatores dinâmicos próprios da estruturação e organização do sistema de saúde, no entanto, quando olhamos para a literatura sobre processos decisórios, vemos que existem esforços diferentes direcionados para objetivos comuns, mas sem relação um com o outro e sem gestão das informações relevantes para os referidos processos.

Participar do processo decisório implica participar da construção da expectativa de um futuro, sendo particularmente no estudo desenvolvido nesta tese, participar da decisão das diretrizes que nortearão o planejamento em saúde no qual serão estabelecidas as respostas do Estado em termos de ações e serviços.

O processo decisório, muitas vezes, não é considerado como elemento importante na gestão organizacional, e não se consegue visualizar sua estrutura a partir dos documentos disponíveis para subsidiar o referido processo. É preciso compreender como acontece o processo decisório, para que este possa ser observado, avaliado e apoiado a partir de estratégias, como a organização da informação, para minimizar nós críticos que muitas vezes, inviabilizam o acompanhamento do desdobramento das decisões.

Um desses nós críticos é o distanciamento entre a tomada de decisão, no âmbito das conferências de saúde, e as respostas públicas vinculadas às decisões deliberadas, apesar do modelo de planejamento em saúde prever o registro em documentos do referido modelo desde as decisões deliberadas nas conferências até a prestação de contas das respostas vinculadas a estas decisões.

Na perspectiva empírica, a gestão e organização da informação para apoiar o referido processo decisório representa a questão central a partir da qual o funcionamento e a efetividade das conferências poderão ser avaliados, e retroalimentado constantemente, para que estas atinjam sua finalidade de deliberar sobre as diretrizes orientadoras da produção dos instrumentos de planejamento em saúde.

As contribuições dos autores listados no capítulo 3 sobre a importância da estruturação do processo decisório *a priori*, garante que as informações relevantes tem relação com o ambiente organizacional, ou seja, as próprias conferências de saúde produzem um grande volume de massa documental acumulada que, se sistematizada e classificada, poderia assegurar a autenticidade desses documentos e promover avaliações do processo decisório com mais celeridade e menos vieses, evitar retrabalho ou tomada de decisões equivocadas, em razão de tempo e custo que demandam para a organização da informação *a posteriori*.

O objetivo da tese não está em apoiar um jogo de forças oponentes ou a construção de consenso entre esses diferentes atores, mas sim apoiar com informações relevantes o processo decisório da participação cidadã em saúde, buscando a construção de significado a partir da relação entre o planejamento local em saúde e as condições de vida e de trabalho; e as respostas públicas do Estado para interferir nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Em relação aos desafios da participação cidadã, apresentados na subseção 1.1, aponta-se uma lacuna da oferta de informações externas e internas relacionadas ao funcionamento das conferências, a totalidade a qual elas pertencem e a relação do processo decisório com as respostas aos determinantes sociais das demandas de saúde.

As políticas públicas de informação são muito relevantes para este trabalho porque é a partir desta política que se torna possível conhecer os elementos fundamentais que permitem a construção de um diagnóstico que deve subsidiar o processo decisório do planejamento da política pública de saúde.

A estruturação (ou ordenamento) das informações, *a priori*, é objeto das linguagens documentárias, que preveem esquemas de classificação para definir onde cada documento ou informação entra, em um determinado conjunto documental ou informacional.

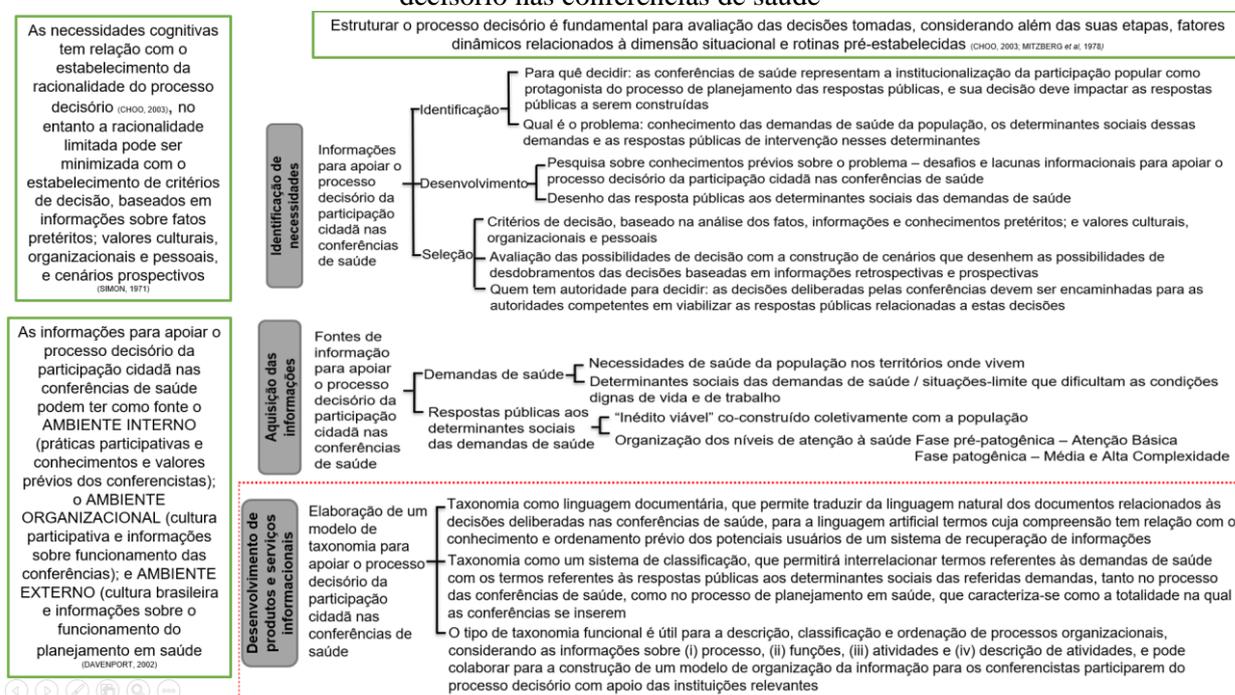
Neste sentido, a taxonomia enquanto linguagem documentária que pode facilitar a organização das informações relevantes, com um modelo que inclua o que se desconhece ou conhece parcialmente, mas que tem relação com as demandas de saúde, pode também não só apoiar o processo decisório da construção das respostas públicas a essas demandas, mas também o processo decisório das pessoas nos seus territórios e à adesão das propostas deliberadas nos espaços coletivos.

A construção de taxonomia de domínio também possibilita a recuperação da informação e do conhecimento para um melhor subsídio do processo de tomada de decisão no âmbito da saúde pública, tendo como usuário da informação a participação popular, na qual as pessoas que vivenciam as necessidades de saúde, muitas vezes percebida em uma realidade parcial, possam compreendê-las a partir da totalidade do processo participativo e da relação entre o planejamento governamental e o planejamento local das respostas públicas às referidas necessidades.

A taxonomia, como linguagem documentária, pode ainda ser um instrumento que permite realizar um levantamento terminológico dos assuntos relacionados a saúde pública, e podem permitir futuramente a construção de um banco de dados que contribua para a memória das conferências, bem como para a retroalimentação dos desfechos ocasionados pelas decisões deliberadas e futuros estudos sobre as conferências de saúde.

Na Figura 18, busca-se interligar os conceitos trabalhados na seção 3, com a finalidade de fazer uma ponte entre os temas trabalhados inicialmente de forma separada, mas que tem relação com os objetivos desta tese.

**Figura 18** – Etapas iniciais do modelo de administração das informações para apoiar o processo decisório nas conferências de saúde



Fonte: Elaboração própria, baseada na revisão de literatura

Partindo das etapas iniciais do modelo de administração da informação proposto por Choo (2003), busca-se identificar as necessidade de gestão da informação, e estas relacionadas

ao processo decisório, são compostas pelas etapas previstas por Mintzberg *et al.* (1976) de identificação da motivação do processo decisório, seguida pelo desenvolvimento com pesquisa de informações retrospectivas e desenho sobre o que se deve decidir, e por fim da seleção da decisão, a partir de critérios e avaliação de cenários prospectivos, e o encaminhamento das decisões para as autoridades que podem viabilizar sua resolução.

Na segunda etapa proposta por Choo (2003), temos a aquisição das informações, que constarão de documentos do processo de planejamento em saúde (banco de dados a ser constituído para análise) que se relacionam tanto com as demandas de saúde, construídas a partir das conferências de saúde, quanto das respostas públicas aos determinantes sociais das demandas em saúde, que se constituem tanto pela colaboração da participação popular, fundamentadas no que Freire (2019) coloca como “inédito viável”, quanto no modelo de organização atual das ações e serviços de saúde.

Na terceira etapa, de desenvolvimento de produtos e serviços de informação, temos a construção da taxonomia funcional como modelo de organização da informação adequado para o ordenamento dos termos referentes ao processo decisório nas conferências de saúde, relacionar os termos entre si e inseridos em totalidades tais quais a conferência e o planejamento em saúde, e oportunizar o aproveitamento do rico momento de reflexão, construção e validação de informações e conhecimentos sobre a saúde para o planejamento do sistema de saúde que precisamos.

As demais etapas da administração da informação, de distribuição e uso, serão construídas, executadas e avaliadas em momento posterior a esta tese, no trabalho docente da pesquisadora no retorno à sua instituição de origem.

### **3 ASPECTOS CONTEMPORÂNEOS DA INFORMAÇÃO PARA APOIAR A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ EM SAÚDE: O CASO DA COVID-19 NO BRASIL**

Desde o final do ano de 2019, o mundo vem sendo assolado pela pandemia global de um novo vírus, e organismos internacionais multilaterais tem demandado das nações com as mais diferentes formas de organização política, econômica, sanitária e social, a se reorganizarem em um curto período de tempo para enfrentamento da doença causada por este novo coronavírus (Sars-Cov-2), a COVID-19.

No setor saúde, contexto deste estudo, muitas vezes a tomada de decisão fundamenta-se em critérios de urgência, tal qual vivenciados recentemente no contexto da pandemia da COVID-19.

Olhando retrospectivamente para o momento mais crítico da pandemia, podemos avaliar que as decisões estatais se basearam em medidas tomadas pela humanidade desde o século XIV, no contexto da epidemia da peste negra, apesar deste ser um modelo de resposta pública que vem sendo discutido e repensado ao longo dos últimos anos no campo da Saúde Coletiva.

Este repensar inclui a participação cidadã no planejamento do enfrentamento às situações de emergência de saúde pública, em virtude da proximidade da população com os problemas de saúde, e o conhecimento sobre a distribuição desigual do risco relacionada aos determinantes sociais do processo de adoecimento nos territórios e as alternativas de respostas públicas que de fato possam intervir / transformar a capacidade de coletivos vulneráveis em enfrentar esses determinantes, o próprio processo de adoecimento e possíveis sequelas.

As medidas tomadas desde o contexto da epidemia da peste negra, e observadas empiricamente no contexto do enfrentamento à COVID-19, ao contrário, reforçam um papel passivo da população em relação a orientações verticalizadas e descontextualizadas de autoridades sanitárias, próximo ao que vimos na revisão de literatura sobre a participação comunitária em saúde, baseada em um modelo de medicina preventivista.

No modelo preventivista, fundamentado pela construção da História Natural da Doença (HND), que neste contexto vem se dando em tempo real à ocorrência da pandemia, o processo decisório do enfrentamento desta emergência de saúde pública em relação às condutas de intervenção vem sendo universalizadas.

Observa-se também, que com o desenrolar da pandemia, o processo de participação cidadã na construção das respostas públicas vem aos poucos sendo trazido para primeiro plano para discussão dos outros aspectos determinantes para a distribuição desigual do risco de

adoecimento na sociedade, bem como das consequências das medidas de intervenção sanitária escolhidas sobre outras dimensões da vida da população.

A seguir, examinaremos, uma breve contextualização da pandemia de COVID-19, bem como uma alternativa de organização da informação, baseada em levantamento da revisão de literatura, para apoiar o processo decisório da participação cidadã no planejamento da resposta à emergência em saúde pública, que pode representar subclasse de uma taxonomia geral de tomada de decisão sobre respostas públicas às demandas de saúde.

### **3.1 Contextualização da pandemia de COVID-19**

Em dezembro de 2019, foram reportados os primeiros casos de uma nova doença denominada COVID-19 na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei na China, cujo contágio teria origem possivelmente em um mercado de animais úmidos, e que seria causada por uma variação tipo dois do vírus responsável pela síndrome respiratória aguda grave Sars-CoV, originária em 2002 também na China (VIEIRA *et al.*, 2020).

O plano do governo da China para o enfrentamento ao novo coronavírus baseou-se na organização da ação estatal a partir de um sistema de monitoramento de seus habitantes e do contágio, com rastreamento, identificação, isolamento e tratamento de casos ativos e seus contactantes; ampliação da rede assistencial e exclusividade de leitos para atenção à COVID-19; imposição de medidas de restrição de circulação no território de acordo com a situação epidemiológica local e fornecimento das condições para abertura segura de serviços essenciais (CORRÊA-FILHO; SEGAL CORRÊA, 2020).

A China ainda contou com histórico desenvolvimento industrial que centralizou em seu território a produção de insumos e equipamentos necessários para ampliação da capacidade instalada e proteção dos trabalhadores de saúde, bem como investimentos em pesquisa e desenvolvimento de capacidade diagnóstica e terapêutica, sendo responsável pela maioria dos estudos relacionados à COVID-19 (VIEIRA *et al.*, 2020; SILVA, 2020; COSTA *et al.*, 2020).

Apesar das medidas rígidas de isolamento social impostas pelo governo chinês no mês de janeiro de 2020, foram registrados casos em outras localidades do mundo, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) em trinta de janeiro de dois mil e vinte a decretar Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Logo em seguida, o governo brasileiro acompanhou a OMS e decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), através de Portaria Ministerial GM/MS n.º 188, de 03/02/2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), baseada na regulamentação (Decreto

n.º 7.616, de 07/11/2011) do Parágrafo Único do Art. 16 da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080, de 19/09/1990), que estabelece a competência do ente federal da execução das ações em situações excepcionais de agravo à saúde (BRASIL, 1990).

Na véspera de uma das maiores festividades populares do país, o Brasil seguiu com o carnaval no período de 21 a 25/02/2020, e a notificação do primeiro caso de COVID-19 ocorreu em plena quarta-feira de cinzas, no dia 26/02/2020.

O primeiro óbito no Brasil, reportado inicialmente em 17/03/2020, e cujo vírus apresentava sequenciamento genético similar ao localizado na Alemanha (OLIVEIRA *et al.*, 2020), teve o caso de óbito retificado pelo Ministério da Saúde, que ainda investiga outros casos suspeitos, para a data de 12/03/2020.

Em onze de março de dois mil e vinte a OMS declarou pandemia mundial, considerando a COVID-19 uma doença contagiosa de alta transmissibilidade, que nesta data já havia sido registrada em 114 países, com notificação de 118 mil casos confirmados e 4.291 óbitos (WHO, 2020).

Na Figura 19, busca-se sintetizar os principais eventos que antecederam a declaração da pandemia pela OMS no mundo e no Brasil.

**Figura 19** – Linha do tempo dos principais eventos iniciais da pandemia de COVID-19



Fonte: Elaboração própria, baseada em Vieira *et al.* (2020) e Oliveira *et al.* (2020)

Com aproximadamente um bilhão e duzentos milhões de habitantes, o impacto proporcional da COVID-19 na China, que registrou até a data de 23/11/2020, 86.442 casos confirmados e 4.634 mortes, segundo WorldMeter.Org, levou outros centros mundiais, que viriam a ser tornar os novos epicentros da pandemia nos meses iniciais de 2020, como a Itália, Reino Unido, Estados Unidos da América e Brasil, a subestimar a previsão da quantidade de

casos, sem considerar as medidas tomadas pelo governo chinês (LIMA *et al.*, 2020; MUSSETTI *et al.*, 2020).

Na Itália, inicialmente, as autoridades apostaram em cuidados individuais de higiene, no entanto, a velocidade de transmissão e o colapso das redes assistenciais de saúde foram determinantes para reconsideração da estratégia de enfrentamento da pandemia. A situação na Itália acendeu o alerta vermelho ao redor do mundo ocidental, em especial no inverno do hemisfério norte, onde as doenças respiratórias são ainda mais problemáticas para a população idosa e os sistemas de saúde (MANDETTA, 2020).

O Reino Unido também subestimou a alta transmissibilidade do novo coronavírus, mas após apresentação da projeção de número de óbitos por epidemiologistas da Universidade de Oxford de que se o isolamento social não fosse adotado, haveria um milhão de óbitos no Reino Unido, o governo revisou seu plano de enfrentamento.

Nos Estados Unidos, com características de dimensão territorial e populacional diferentes da Itália e Reino Unido, houve a eclosão de várias epidemias locais, iniciando-se pelo estado de Nova York, que colocou os Estados Unidos como novo epicentro da pandemia, e depois se espalhando para outros estados da federação, ocasionando várias epidemias em momentos diferentes.

O governo federal brasileiro, como supramencionado, seguiu os primeiros meses da pandemia em consonância com as orientações da OMS, recomendando distanciamento social e vigilância epidemiológica como fundamentais para que fosse possível realizar compras centralizadas de insumos e equipamentos, bem como EPI's, formação e cadastramento de trabalhadores, entre outras ações que possibilitassem ampliação de sua capacidade instalada, que já era insuficiente mesmo antes da epidemia (MANDETTA, 2020).

Importante ressaltar que as recomendações da OMS em torno de uma abordagem preventivista, de focar a intervenção na prevenção da ocorrência da doença e na prevenção da evolução dos doentes, gerou uma corrida internacional ao mercado chinês, que nos últimos anos, pela falta de competitividade com os preços praticados por este mercado, concentrou boa parte da produção mundial de insumos e equipamentos de assistência à saúde (MANDETTA, 2020).

No entanto, com o passar do tempo, o governo federal teve uma cisão em sua estratégia de comunicação, com enfraquecimento da autoridade sanitária nacional e protagonismo do chefe do poder executivo, com declarações minimizando os efeitos da COVID-19 sobre os indivíduos, possíveis drogas com ação sobre o novo coronavírus e isolamento vertical com

distanciamento social apenas das pessoas consideradas até o momento, pelo que já se conhecia da HND, como sendo pelo grupo de risco.

Diante da queda de braço entre o governo federal e os governos estaduais e municipais, estes últimos seguindo a orientação das autoridades sanitárias nacionais e internacionais, a mais alta corte judiciária brasileira decidiu pela competência concorrente entre os três entes federativos na tomada de decisão sobre o plano de enfrentamento da epidemia (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2020).

Assim como apontado nos Estados Unidos da América, o Brasil também contou com várias epidemias em momentos distintos, devido possivelmente às dimensões continentais dos dois países e ao conjunto de medidas adotadas para contenção da epidemia.

Acreditava-se que o curso da epidemia da COVID-19 acompanharia a sazonalidade dos casos de síndromes respiratórias agudas graves em anos anteriores, se deslocando pelo território nacional até o mês de setembro, e que o ente federal teria a responsabilidade da coordenação e logística de insumos e equipamentos de assistência à saúde, de modo que nenhum brasileiro viesse a óbito sem a referida assistência (MANDETTA, 2020).

Portanto, inicialmente, o Brasil como um todo adotou a mesma estratégia italiana, porém em período diverso da epidemia, sendo que a Itália iniciou o isolamento social quando o pico de casos e o colapso do sistema de saúde já estavam em curso, e o Brasil, ainda no início da ascendência da curva epidêmica (em meados de março).

Com o passar das semanas epidemiológicas, o Brasil, nos meses de abril e maio de 2020, ao mesmo tempo em que acompanhava um abrupto aumento no número de casos novos e óbitos nas últimas 24 horas, e o respectivo colapso do sistema de saúde em algumas capitais do Norte e Nordeste e na cidade de São Paulo, começou a realizar flexibilização do isolamento social em regiões nas quais o isolamento inicial havia dado conta de aparentemente estabilizar os números da epidemia.

No entanto, o que se observou empiricamente foi que nas regiões nas quais a epidemia se alastrava, estas chegaram ao pico de óbitos e começavam a descender na curva epidêmica, ao mesmo tempo em que estados da região centro-oeste, sul e sudeste no mês de junho de 2020, que haviam iniciado a flexibilização em razão da aparente contenção da epidemia, tiveram que retornar ao isolamento, pela veloz ascendência e comprometimento dos leitos de UTI principalmente.

Um dos impactos da epidemia, com altas taxas de transmissibilidade, foi a intensificação da intermediação de plataformas digitais e/ou meios de comunicação de massa para interação entre as pessoas, nos mais diferentes aspectos da vida, desde encontros familiares, trabalho,

escola, apresentações culturais, comunicação oficial dos governos, acesso às informações sobre pandemia, entre outros.

O Brasil, que vinha caminhando a passos lentos na última década rumo à informatização dos registros de saúde, criou mecanismos específicos para coleta de dados sobre COVID-19 dos entes municipais, estaduais e distritais, e disponibiliza sua consolidação no portal do Ministério da Saúde (<https://covid.saude.gov.br/>), bem como informações sobre óbitos praticamente em tempo real, disponibilizado pelo portal da transparência (<https://transparencia.registrocivil.org.br/registrar-covid>).

O monitoramento das informações sobre COVID-19 deveria subsidiar a tomada de decisão no planejamento das respostas ao enfrentamento da pandemia, e estratégias de comunicação de risco foram implementadas para orientar a população sobre a conduta durante o curso da epidemia no Brasil.

Grandes aglomerados populacionais desordenados, falta de cobertura de saneamento básico, transportes abarrotados de pessoas, diminuição no investimento em pesquisa, sucateamento do sistema educacional, condições de trabalho precárias, ausência de políticas de promoção e prevenção efetivas e capacidade hospitalar insuficiente para atender a universalização da saúde, entre outros fatores, escancaram o fracasso da proposta do movimento sanitário de atuação intersetorial sobre os determinantes sociais de saúde, a ausência de aprendizado dos governos para enfrentamento permanente de epidemias e a explicitação das mazelas sociais como responsáveis pelas desigualdades sociais na distribuição do risco ao adoecimento.

A apresentação de dados de produção, descolados da avaliação qualitativa da resolução das ações, também são práticas relacionadas ao modelo de planejamento normativo que coexiste com outras perspectivas teóricas de planejamento no Brasil, e que foram replicadas no contexto de enfrentamento da COVID-19.

O que vimos no contexto da COVID-19 são interpretações (e projeções) quantitativas de uma resposta pública baseada nesse modelo de eficiência. É a quantidade de respiradores, percentual da população em isolamento, percentual de ocupação de leitos de UTI, média móvel de incidência de casos e óbitos, entre outros, que são realmente capazes de medir a eficiência da resposta pública e subsidiar a tomada de decisão sobre manter ou mudar essa resposta?

Ou poderíamos questionar por que a incidência de casos foi se deslocando no território à medida que a epidemia avançava? Quais as condições objetivas promovidas pelo Estado para garantir o isolamento social da população mais vulnerável socialmente e pertencente ao grupo de risco? Quais são as informações necessárias para subsidiar uma resposta pública de

enfrentamento efetivo às epidemias, com foco nas condições qualitativas que estão por trás das desigualdades históricas e sociais no processo de adoecimento?

Ao mesmo tempo que o governo brasileiro dificulta o entendimento das informações sobre as decisões que deveriam ser tomadas em conjunto com cidadãos e cidadãs, as autoridades sanitárias também se concentram em uma concepção tecnocrática, que desconsidera as especificidades locais e a participação cidadã no processo de decisão sobre as medidas de enfrentamento da pandemia.

Esta concepção tecnocrática, consonante aos princípios do planejamento normativo e da racionalidade científica, não é nova e caracteriza-se, segundo Barata (1990), como disseminação para a população de informações sobre comportamentos e atitudes necessárias para enfrentamento do agravo à saúde, elaboradas por um corpo técnico especialista baseando em evidências científicas neutras, fragmentadas e descoladas da realidade.

Esta prática, apesar de aparentemente útil em contexto de pandemia global e de uma HND relativamente curta (aproximadamente quinze dias), que demanda planejamento de ações a curto prazo, não contribui para a construção de uma consciência sanitária que possibilite às pessoas tomarem decisões ligadas com a situação concreta na qual estão lidando com a emergência de saúde pública.

### **3.2 Informações para a população sobre a resposta pública à COVID-19 no Brasil**

No contexto da pandemia global da COVID-19, a OMS, as autoridades sanitárias nacionais e seus respectivos comitês se estabeleceram como autoridades da informação, indicando quais teses são reafirmadas e devem ser replicadas no planejamento de enfrentamento da COVID-19 e na comunicação de risco junto à população, e quais teses são refutadas e devem ser descartadas.

Segundo o discurso oficial, o fundamento utilizado para este processo decisório são as evidências científicas, cuja produção vem aumentando de forma exponencial no mundo todo, tal qual a contaminação pelo vírus, motivado pela relevância pública do tema, e também por interesses comerciais e políticos de desenvolvimento de estratégia medicamentosa de prevenção e/ou tratamento para a COVID-19.

No início da pandemia, quando o Brasil estava alinhado ao discurso das organizações multilaterais, a informação tempestiva e contínua foi adotada como principal estratégia de enfrentamento à COVID-19 pelas autoridades sanitárias nacionais, com coletivas diárias transmitidas em tempo real, publicação de boletins epidemiológicos (situação epidemiológica

+ ações de resposta) e boletins científicos (evidências científicas compiladas) diários, plataforma digital específica com informações sobre COVID-19, aplicativo por dispositivo móvel (“Coronavírus SUS”) com informação para orientações individuais e canal por *Whatsapp* para tirar dúvidas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Além da ampliação da capacidade instalada do SUS, que já se mostrava insuficiente no contexto anterior à pandemia, o Ministério da Saúde incluiu atividades de pesquisa, como o EpiCOVID-19 (inquérito epidemiológico sobre prevalência da COVID-19 no Brasil) e o VIGITEL (inquérito telefônico sobre práticas de prevenção e estado de saúde), além de ampliação da vigilância em saúde, regulamentação da telemedicina, entre outros (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Estas estratégias tinham como finalidade não só melhorar a qualidade da informação e incrementar sua disseminação, mas também produzir informações em saúde no contexto nacional, sobre o curso da epidemia no Brasil, que seria replicada pelos meios de comunicação (MANDETTA, 2020).

Estudo sobre financiamento da pesquisa no Brasil verificou que 75% dos recursos disponibilizados em editais são públicos e federais e a temática com maior volume de recursos foi de tecnologia de telecomunicações e informação, voltados principalmente para qualificação e suporte à assistência aos casos de COVID-19; de monitoramento, controle e prevenção da pandemia; e de segurança pública (SILVA *et al.*, 2020).

A comunicação para orientar a adoção de estratégias de isolamento social, medicamentos e/ou terapêuticas para o enfrentamento à COVID-19, tem semelhanças com o modelo campanhista do início do século XX, definido por Araújo e Cardoso (2013, p. 212) como “[...] modelo desenvolvimentista de comunicação, visando mudanças de hábitos e atitudes da população, através da imposição de normas e valores [...]”.

Esse modelo é influenciado também pelo tipo de participação comunitária já apresentado no item 3.5.1 deste texto, e a abordagem preventivista para conformar a lógica de organização da atenção à saúde, que historicamente centraliza as medidas sanitárias e de organização da assistência à saúde na intervenção sobre o agente causador, neste caso o coronavírus Sars-Cov-2, e nos possíveis vetores, neste caso as pessoas.

Esta organização baseia-se então no conhecimento da HND, ainda em construção em tempo real à ocorrência da pandemia no mundo (VIEIRA *et al.*, 2020), que vai subsidiar o planejamento das respostas públicas à COVID-19 e a organização dos sistemas de saúde.

Em um quadro de normalidade, a correlação feita pelos técnicos do planejamento associam as informações sobre o período pré-patogênico, anterior à exposição ao novo

coronavírus, às ações de promoção da saúde para minimizar possíveis fatores de risco e maximizar possíveis fatores de proteção ao vírus, e prevenção da doença, implementando ou restringindo medidas relacionadas diretamente à contaminação (Quadro 6).

O período patogênico, no qual a pessoa já está com a doença, é dividido em duas etapas: precoce, no início do surgimento dos sintomas, e avançado, com agravamento dos sintomas; e é na etapa que a doença estiver que definirá se o indivíduo necessita de atendimentos (Quadro 6).

Os dados e informações científicos que alimentam a HND foram produzidos em contextos internacionais, especialmente em países asiáticos, que já enfrentaram outras epidemias de doenças respiratórias e se basearam em experiências exitosas para conter e estudar novo vírus, bem como em países europeus, que tiveram o curso da epidemia iniciado anteriormente ao Brasil.

Como apresentado no item 2.5.1, a utilização da HND na organização da resposta pública às demandas de saúde exclui a participação cidadã do processo decisório de construção destas respostas, restringindo a referida participação à adesão às orientações e/ou recomendações das autoridades sanitárias.

**Quadro 6** – Elementos registrados da história natural preliminar da COVID-19 e sua relação com a organização dos níveis de atenção à saúde

<b>Período Pré-Patogênico</b>	<b>Período Patogênico Precoce</b>	<b>Período Patogênico Avançado</b>	<b>Desfecho</b>
-Período de incubação: 5, 6 dias -Taxa de infecção: R=2 / R=3 -Formas de contágio: tosse, espirro, lágrimas, fezes, contato com superfície e utensílios compartilhados, circulação de ar, ... -Fatores associados ao desenvolvimento de sintomas leves e graves: idade acima de 60 anos e condições crônicas pré-existentes -Tempo médio para manifestação dos sintomas: 3,3 a 6,5 dias	-Sintomas mais relatados: febre, tosse, mialgia, fadiga, produção de escarro e dispnéia -Diagnóstico confirmado com exame (CID 10 – U07.1 – Infecção respiratória pelo novo coronavírus): 1) Teste RT-PCR (identificação de presença do vírus SARS-CoV-2 do 3º ao 10º dia); e 2) Teste Rápido (identificação de presença do vírus SARS-CoV-2 a partir do 8º dia ou anticorpos após a infecção) -Do total de pessoas que terão COVID-19, serão: 86,2% pessoas assintomáticas; e 20% pessoas que precisarão de internação	-Sintomas mais relatados: desenvolvimento de processo inflamatório e/ou anticoagulante, debilitação de pulmão -Do total de pessoas que terão COVID-19, serão: 5% pessoas que precisarão de Unidade de Terapia Intensiva (UTI); e 2,3% pessoas que precisarão de ventilação mecânica -Tempo médio de internação do agravamento dos sintomas ao desfecho): 8,8 dias	Possíveis sequelas: Disfunção orgânica, anormalidades oculares (conjuntivite, hiperemia conjuntival, epífora, quemose e secreção aumentada, glóbulos brancos, neutrófilos, procalcitonina, ...), pneumonia, SDRA (Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo) - Mortalidade no mundo 3,6%
<b>Atenção Básica</b>	<b>Atenção de Média Complexidade</b>	<b>Atenção de Alta Complexidade</b>	<b>Reabilitação</b>

Fonte: Elaboração própria, com base em Vieira *et al.*, 2020

No Quadro 6, são relacionadas as fases da HND e os serviços ofertados pelo sistema de saúde, sendo que na fase pré-patogênica, as recomendações foram de isolamento social e suspensão de todas as atividades consideradas não essenciais, para conter a contaminação pelo vírus, com suspensão inclusive da atenção básica, devido a insuficiência de equipamentos de proteção individual (MANDETTA, 2020).

Os esforços da gestão em saúde no Brasil foram direcionados para a atenção de média e alta complexidade, para evitar o colapso do sistema de saúde observado na Europa, com ampliação dos leitos hospitalares e de unidades de terapia intensiva, muitos deles em hospitais de campanha provisórios.

#### **4 MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO PARA APOIAR A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NA SAÚDE PÚBLICA**

Historicamente, a política pública de saúde tem por princípio constitucional a garantia do direito à saúde com a participação comunitária no planejamento das respostas públicas, mas decisões verticalizadas tomadas no planejamento de enfrentamento à COVID-19 desvirtuaram esses direitos e fracassaram no controle da pandemia ao longo de 2020 no Brasil, baseando-se principalmente em discurso negacionista, minimização da gravidade da pandemia e necessidade de adoção de medidas cientificamente comprovadas, e dicotomização fictícia entre economia e saúde (ALMEIDA-FILHO, 2021).

Retomando o objetivo desta tese, de apoiar a participação cidadã no processo de planejamento das respostas públicas aos determinantes sociais das demandas de saúde, e dentre estas demandas, a emergência de saúde pública da pandemia de COVID-19, fundamentado pelo modelo de participação popular, no qual a organização da informação pode apoiar as pessoas no processo decisório a partir do conhecimento do contexto no qual ele está inserido, sua relação com outras demandas concomitantes às da emergência de saúde pública na situação concreta e da aplicação da organização da informação a um conjunto documental ou base de dados que possibilite a recuperação da informação relevante para a tomada de decisão da população.

Araújo e Cardoso (2013) trabalham com o conceito de “lugar de interlocução”, no qual o contexto institucional não deve sobrepor ao contexto daquele que fala e que precisa da sua voz reconhecida para poder colocar sua perspectiva sobre os aspectos que tem relação com as suas condições de vida e de trabalho, que impactam sobre seu processo de adoecimento.

Na saúde, apesar da pretensão das autoridades sanitárias e dos veículos oficiais de informação, existem várias fontes, cuja qualidade pode ser questionada, que contribuem para a construção do conhecimento prévio ou de modelos de conhecimento que apoiam a tomada de decisão na ação concreta do enfrentamento às demandas de saúde (ARAÚJO, 2006).

A ideia de linearidade na comunicação de informações sobre saúde entre autoridade sanitária e usuários não existe! É importante para os trabalhadores de saúde conhecerem quais são as outras fontes, vozes e elementos que interferem no comportamento de saúde e seu redor direcionados a cada grupo populacional ou coletivo que ela queira se comunicar (ARAÚJO, 2006).

Em um breve levantamento, podemos dizer que as estratégias mais eficientes sobre COVID-19 foram as que atuaram no âmbito local ou que foram personalizadas, utilizando

elementos que deram conforto cognitivo e se adequaram às estratégias possíveis de serem implementadas dadas as condições de vida e de trabalho.

Daí a importância da construção de uma linguagem documentária e do controle terminológico do domínio das respostas públicas às demandas de saúde, a partir dos determinantes sociais dessas demandas presentes na vida concreta e cotidiana da população, que pode influenciar inclusive na produção de informação do Estado para o planejamento do enfrentamento das emergências de saúde pública, de forma a traçar respostas mais resolutivas e adequadas aos diferentes contextos.

Recém-saído de uma epidemia de meningite durante o regime militar, Valla (1993) concluiu que conclamar a adesão às ações de controle à epidemia sem interferir nos determinantes que configuram as desigualdades no processo saúde-doença reforça a culpabilização individual pelo adoecimento.

Passado o auge da epidemia de COVID-19 no Brasil, o que pode se verificar foi que, ao adotar medidas iguais para uma população em condições extremamente desiguais, a partir do momento em que a ocorrência da transmissão comunitária começou, foram as condições de vida e de trabalho que passaram a determinar quem estaria exposto ou não ao novo coronavírus.

Nas respostas ao enfrentamento da COVID-19 no Brasil, em uma avaliação parcial, várias experiências locais e/ou de coletivos organizados que foram exitosas em atuar sobre as condições locais de vida das pessoas para disponibilizar informações relevantes para o apoio à estratégia de isolamento horizontal (PERES, 2020; CARNEIRO; PESSOA, 2020), e estas poderiam ter sido incorporadas ao planejamento governamental se os fóruns de participação cidadã estivessem em funcionamento no processo decisório de resposta à COVID-19.

Resgatando pontos dos trabalhos correlatos apresentados na subseção 2.1, podemos pensar em dois modelos que devem se entrecruzar com os termos equivalentes, quais sejam as duas dimensões propostas por Moraes (1998): (i) gestão da vida; e (ii) modelos de gestão.

Pensando no domínio da resposta à emergência de saúde pública, as informações relevantes sobre a gestão da vida para apoiar o processo decisório da participação cidadã, podemos priorizar as condições de vida, trabalho e saúde que possibilitam a essa população a adesão às recomendações das autoridades sanitárias; e sobre modelos de gestão, referem-se tanto às condições de acesso às ações e serviços de saúde de prevenção do contágio da doença, como ações intersetoriais de intervenção nos determinantes relacionados à gestão da vida.

Dentre as condições de vida, apontam-se as condições de moradia, de infraestrutura, de saneamento básico e fornecimento de água, na quantidade de habitantes por metro quadrado, escolaridade, território no qual a pessoa vive, entre outros.

Nas condições de saúde, pode-se incluir também informações sobre a saúde mental no contexto da pandemia. Ao mesmo tempo, as alternativas devem se relacionar às possíveis causas que iniciam ou agravam esses quadros de adoecimento, e enquanto medidas paliativas centradas no indivíduo forem priorizadas, a tendência é que se atue de forma curativa, fazendo com que esses quadros se perpetuem e se multipliquem, caso não haja atuação nos determinantes anteriores à pandemia que deram causa a esses quadros.

O que uma taxonomia para apoiar o planejamento de respostas aos determinantes sociais das emergências de saúde pública pode apontar, é que a explicação da distribuição desigual do risco e da capacidade de defender a vida passa por questões estruturais e intersetoriais ainda não resolvidas no Brasil, e que seu enfrentamento, com a participação cidadã para sua compreensão e construção das referidas respostas, pode minimizar essas desigualdades no enfrentamento de futuros agravos ou doenças à saúde.

Da mesma forma, uma taxonomia também permitiria conhecer os critérios adotados para o processo decisório do planejamento do enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil retrospectivamente, avaliando as decisões e seus respectivos subsídios e consequências e comparando com as medidas adotadas em outros contextos.

Se preparar para possíveis novas ondas da COVID-19 ou novas epidemias implica também em apoiar o processo decisório das respostas públicas com protagonismo da participação cidadã, e foco nos determinantes sociais que reproduzem as desigualdades sociais do processo de adoecimento, e que fazem com que, independente da doença em questão, permaneçam os mesmos grupos como afetados.

## 5 PRESSUPOSTOS, TESES E VARIÁVEIS

### 5.1 Pressupostos

#### 5.1.1 Pressuposto Geral

A elaboração da taxonomia para organização das informações relativas ao processo decisório da participação cidadã em saúde no Brasil concatena as informações relevantes para a referida participação nas conferências de saúde.

#### 5.1.2 Pressupostos Específicos e Variáveis

Os pressupostos específicos e respectivas variáveis desta tese são:

(i) A participação cidadã no processo decisório do planejamento em saúde, institucionalizado nas conferências de saúde, qualifica a construção de respostas públicas para as demandas em saúde e fortalece a adesão da população a essas respostas.

→ Variável 1 – Fontes de informação dos documentos acumulados nas conferências de saúde;

→ Variável 2 – Fluxo das informações relacionadas às decisões deliberadas nas conferências de saúde, ao longo do processo de planejamento governamental em saúde; e

(ii) O processo decisório da participação cidadã em saúde pode ser apoiado com a organização da informação sobre as demandas de saúde da população; as alternativas de respostas públicas a essas demandas; e o caminho governamental de construção da viabilidade dessas respostas públicas.

→ Variável 3 – Relação dos termos das decisões deliberadas / demandas de saúde, das alternativas de respostas públicas e dos determinantes sociais das demandas de saúde.

→ Variável 4 – Características dos termos extraídos para a variável 3, em relação aos atributos de processo, função, atividades e/ou descrição da atividade.

Para verificar a pertinência dos pressupostos geral e específicos e suas respectivas variáveis em relação aos objetivos geral e específicos, no Quadro 7 estes são descritos, bem como a apresentação da sistematização das ferramentas metodológicas que devem nortear a construção do caminho metodológico a partir do qual se espera responder às variáveis, testar os pressupostos e buscar alcançar os objetivos.

## 5.2 Tese

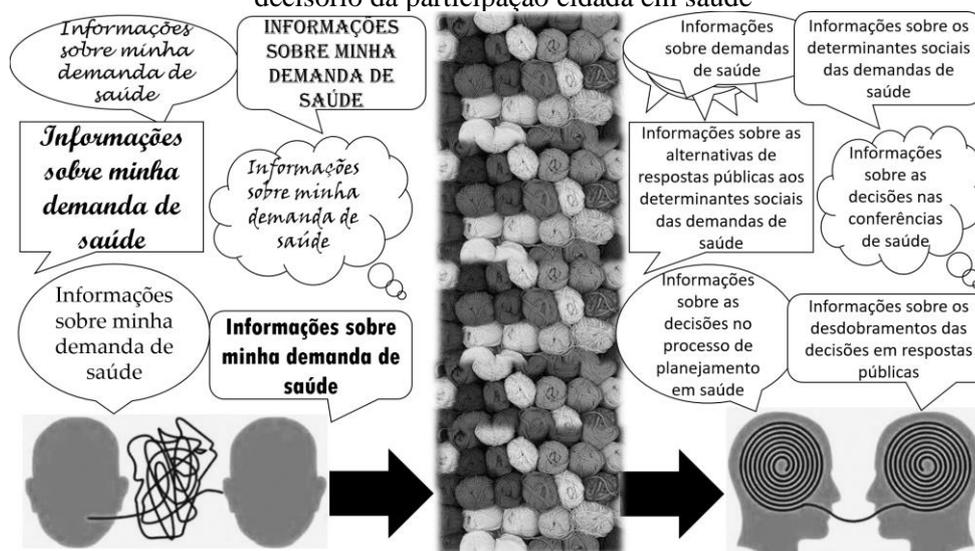
Para a elaboração de uma taxonomia funcional com a finalidade de apoiar o processo decisório da participação cidadã na conferência de saúde, deve-se organizar as informações (dos documentos e/ou conjuntos documentais) referentes ao ciclo de planejamento em saúde, desde a construção da demanda de saúde até a prestação de contas da implementação do plano, relacionando as informações relevantes para a decisão do planejamento governamental às decisões na situação concreta em relação ao processo saúde-doença.

## 6 METODOLOGIA

A ciência é uma forma de representar a realidade concreta a partir de um “problema da vida prática”, cuja leitura é subsidiada por um modelo explicativo reconhecido pelos pares, e o método é o percurso que se faz para a construção dessa forma de representação (MINAYO, 2002).

O problema apresentado neste estudo tem relação com os desafios e lacunas informacionais no processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, e tem como objetivo a elaboração de uma taxonomia que possibilite que os participantes das referidas conferências tenham acesso às informações que podem subsidiar seu processo decisório, o acompanhamento das decisões ao longo do processo de planejamento, a efetivação dessas decisões em respostas públicas às suas demandas de saúde e ao fortalecimento da cultura participativa e protagonismo da participação cidadã nas decisões do Estado (Figura 20).

**Figura 20** – Expectativas em relação à elaboração de uma taxonomia funcional para apoiar o processo decisório da participação cidadã em saúde



Fonte: Elaboração própria

Espera-se que o modelo de taxonomia proposto por esta pesquisa possa subsidiar a sistematização de produtos e serviços informacionais que vão organizar as informações sobre as demandas de saúde que encontram-se nos vários documentos relacionados ao processo de planejamento governamental de forma que os potenciais usuários destes produtos e serviços possam recuperar a informação de seu interesse observando o contexto e desdobramentos da mesma em uma linguagem simétrica e acessível, e que esta informação possa ser relevante para o processo decisório nas conferências de saúde (Figura 20).

**Quadro 7** – Relação entre objetivos, pressupostos, variáveis e ferramentas metodológicas

<b>OBJETIVO GERAL</b>			
Elaborar um modelo de taxonomia que facilite a organização e recuperação da informação para apoiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde.			
<b>PRESSUPOSTO GERAL</b>			
A elaboração da taxonomia para organização das informações relativas ao processo decisório da participação cidadã em saúde no Brasil concatena as informações relevantes para a referida participação nas conferências de saúde.			
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>PRESSUPOSTOS ESPECÍFICOS</b>	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>FERRAMENTAS METODOLÓGICAS</b>
(i) Mapear as fontes de informação dos documentos acumulados nas conferências de saúde;	A participação cidadã no processo decisório do planejamento em saúde, institucionalizado nas conferências de saúde, qualifica a construção de respostas públicas para as demandas em saúde e fortalece a adesão da população a essas respostas	1 – Fontes de informação dos documentos acumulados nas conferências de saúde;	Pesquisa bibliográfica sobre as bases teóricas e metodológicas e pesquisa documental do planejamento governamental em saúde no Brasil
(ii) Descrever o fluxo de informações do processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, considerando a totalidade da qual esse processo faz parte;		2 – Fluxo das informações relacionadas às decisões deliberadas nas conferências de saúde, ao longo do processo de planejamento governamental em saúde	Pesquisa bibliográfica sobre planejamento governamental em saúde no Brasil e pesquisa documental do fluxo do processo decisório da participação cidadã no planejamento governamental em saúde no Brasil
(iii) Ordenar as informações descritas em uma taxonomia, estabelecendo relações funcionais entre os termos referentes a estas informações e às respostas públicas aos determinantes sociais das demandas de saúde	O processo decisório da participação cidadã em saúde pode ser apoiado com a organização da informação sobre as demandas de saúde da população; as alternativas de respostas públicas a essas demandas; e o caminho governamental de construção da viabilidade dessas respostas públicas	3 – Relação dos termos das decisões deliberadas / demandas de saúde, das alternativas de respostas públicas e dos determinantes sociais das demandas de saúde.	Pesquisa bibliográfica sobre planejamento governamental em saúde no Brasil e pesquisa documental dos termos relacionados às informações sobre as decisões deliberadas na 15ª Conferência Nacional de Saúde (ciclo de planejamento nacional em saúde 2015 – 2019) no processamento de decisões elaborado acima
		4 – Características dos termos extraídos para a variável 3, em relação aos atributos de processo, função, atividades e/ou descrição da atividade	Construção de nota de escopo dos termos relacionados às decisões deliberadas nas 15ª Conferência Nacional de Saúde Ordenação dos termos descritos no glossário quanto a sua função (processos, função, atividades e descrição de atividades) no fluxo de informações relacionadas ao processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde

Fonte: Elaboração própria

Nesta seção será apresentado o percurso metodológico proposto para que se atinja esse objetivo. Primeiro serão indicados os aspectos centrais da pesquisa, quanto à sua caracterização e o contexto no qual o estudo será realizado, bem como o detalhamento dos procedimentos

metodológicos para a coleta e análise dos dados em cada ferramenta metodológica proposta no Quadro 7, e em seguida serão apresentadas as questões éticas.

## **6.1 Desenho da Pesquisa**

Considerando os elementos apontados por Creswell (2007) para caracterizar os elementos de uma pesquisa, trata-se de um estudo de natureza aplicada, de abordagem qualitativa e com objetivo descritivo, com coleta e análise de dados retrospectivos e transversais, utilização dos procedimentos de pesquisas bibliográfica e documental, para elaboração e aplicação da taxonomia.

Esta pesquisa configura-se como abordagem qualitativa, que coletará dados a partir dos documentos produzidos em contextos organizacionais de planejamento em saúde, com análise dos termos relacionados ao processo decisório.

A CI é um campo do conhecimento que se dedica ao estudo da informação, e tem nas linguagens documentárias, tais quais a taxonomia, o desenvolvimento de fundamentações teóricas e metodológicas para a organização da informação de grandes volumes de massas documentais acumuladas.

Os métodos utilizados para elaboração de linguagens documentais podem basear-se em termos de documentos que sejam relevantes para o conhecimento dos temas abordados pelo domínio que se quer representar (GUINCHAT; MENO, 1994).

Em razão destas características, a taxonomia foi selecionada como a estratégia mais adequada para a organização das informações relacionadas ao processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde.

Pretende-se adotar como caminho metodológico, a construção da taxonomia a partir de elementos da literatura especializada (garantia literária) e dos documentos produzidos no ciclo de planejamento governamental em saúde, desde os relatórios finais das conferências de saúde aos relatórios de gestão da administração direta do SUS (garantia de uso).

Neste caminho, a elaboração da taxonomia preliminar será realizada a partir de pesquisa bibliográfica do domínio de “planejamento governamental em saúde”, compreendido como a totalidade onde estão registradas as informações relevantes para a tomada de decisão da participação cidadã nas conferências de saúde.

No Quadro 8, busca-se sintetizar os principais elementos do desenho desta pesquisa, com o detalhamento das estratégias metodológicas para alcançar os objetivos específicos propostos.

**Quadro 8** – Estratégias metodológicas para operacionalização dos objetivos (continua)

<b>OBJETIVOS</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>TÉCNICA DE COLETA (C) E ANÁLISE DE DADOS (A)</b>	<b>FONTE DOS DADOS</b>	<b>UNIVERSO (U) E AMOSTRA (A)</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>
(i) Mapear as fontes de informação dos documentos acumulados nas conferências de saúde	Pesquisa Bibliográfica e Pesquisa Documental Qualitativo Retrospectivo	C: Itens bibliográficos e documentais mais referenciados para análise do domínio “planejamento governamental em saúde A: Frequência absoluta de autores e suas respectivas obras e documentos referenciados em trabalhos acadêmicos, legislações e normas sobre “planejamento governamental em saúde”	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/ICTC)  Portal da Legislação do Governo Federal, Sistema de Cadastro e Consulta de Legislação do SUS (LEGISUS)	U: Literatura acadêmica sobre planejamento em saúde A: que teve influência sobre o planejamento governamental em saúde no Brasil  U: Documentos que compõe o ciclo de planejamento em saúde, de acordo com legislações e normas da administração pública federal A: no período de 2015 a 2019	Relação dos itens bibliográficos e documentais que auxiliam na compreensão do planejamento governamental em saúde no Brasil
(ii) Descrever o fluxo de informações do processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, considerando a totalidade da qual esse processo faz parte	Pesquisa Bibliográfica e Pesquisa Documental Qualitativo Retrospectivo	C: Revisão de Literatura A: Análise de conteúdo  C: Mineração de textos A: Análise documental	Bases teóricas e metodológicas do processo decisório no planejamento em saúde no Brasil  Documentos utilizados no ciclo de planejamento governamental em saúde 2016-2019	U: Literatura acadêmica sobre planejamento em saúde A: que teve influência sobre o planejamento governamental em saúde no Brasil  U: Documentos que compõe o ciclo de planejamento em saúde A: no período de 2015 a 2019	Fluxo de informações relevantes para subsidiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde

**Quadro 8** – Estratégias metodológicas para operacionalização dos objetivos (conclusão)

OBJETIVOS	MÉTODO	TÉCNICA DE COLETA (C) E ANÁLISE DE DADOS (A)	FONTE DOS DADOS	UNIVERSO (U) E AMOSTRA (A)	RESULTADO ESPERADO
(iii) Ordenar as informações descritas em uma taxonomia, estabelecendo relações funcionais entre os termos referentes a estas informações e às respostas públicas aos determinantes sociais das demandas de saúde	Elaboração da taxonomia funcional Qualitativo Retrospectivo	C: Termos coletados nas etapas anteriores da metodologia A: Padronização semântica dos termos, estabelecimento da relação entre os termos e elaboração de esquema de classificação dos termos	Termos referentes ao fluxo das informações relacionadas ao processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde  Significado dos termos listados na fonte acima em obras acadêmicas, glossários de termos, documentos e textos normativos	U: Documentos que compõe o ciclo de planejamento em saúde A: no período de 2015 a 2019  U: Termos relacionados às informações sobre decisões nas conferências de saúde A: em linguagem simétrica à participação popular	Lista dos categorias termos gerais (TG), termos específicos (TE), e termos relacionados (TR);  Nota de escopo dos termos; e  Taxonomia funcional preliminar

Fonte: Elaboração própria

Durante a realização do trabalho de campo, de coleta e análise dos dados, foi mantido um diário para registrar as ações, os limites e os desafios, que foram relatados na tese.

## 6.2 Contexto do Estudo

Os objetos de análise deste estudo são os documentos produzidos nas conferências nacionais de saúde no Brasil, configuradas atualmente como o espaço deliberativo de processo decisório da participação cidadã no planejamento em saúde, que são organizadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

As conferências e os conselhos de saúde são parte de um processo de participação cidadã que vem se desenvolvendo, ainda que com que limitações, como espaço decisório, com potencialidade de fomento à cultura democrática e arena de negociação entre Estado e sociedade, e com grande capilaridade em um território de dimensões continentais como o Brasil (LABRA, 2009; ESCOREL; MOREIRA, 2014).

As conferências são inseridas em ciclos de planejamento governamental em saúde (Figura 1), que tem periodicidade de 4 anos e cujo relatório final deve subsidiar a construção da política de saúde que ficará vigente por igual período.

A partir dos relatórios finais das conferências de saúde, são deliberadas decisões que devem se transformar nas diretrizes prioritárias dos planos de saúde do respectivo nível de gestão. Estes planos, que são quadrienais, devem ser desmembrados em programações anuais, com a descrição das atividades a serem realizadas, bem como dotação orçamentária, e através dos relatórios anuais de gestão, deve ser feita a prestação de contas em relação a execução ou não das atividades programadas, bem como das metas de indicadores de saúde pactuadas.

O CNS, além de ser responsável pela organização das conferências nacionais de saúde, também aprecia (e pode aprovar ou reprovar) os referidos instrumentos de planejamento e gestão supramencionados.

Desta forma, para elaboração da taxonomia, optou-se pela escolha dos documentos produzidos na / a partir da esfera nacional das conferências de saúde, pois enquanto colegiado responsável pela condução destas conferências, o CNS é um ator fundamental quando se pensa em ganho de escala para propostas de apoio às conferências nos demais níveis de gestão (SILVA; LIMA, 2019).

## **6.3 Coleta e Análise de dados**

### ***6.3.1 Pesquisa bibliográfica***

A pesquisa bibliográfica é um método de pesquisa que considera documentos científicos, tais como livros ou artigos, e permitem o aprofundamento teórico e/ou metodológico sobre um tema em um tempo relativamente curto, se comparado com o tempo demandado para a construção do referido conhecimento (GIL, 2002).

A coleta de dados na pesquisa bibliográfica foi realizada em três etapas: na primeira etapa foram selecionados itens bibliográficos cujos estudos tem relação direta com o domínio do planejamento governamental no âmbito do SUS, na segunda etapa foram identificados os mais recorrentes autores dos fundamentos teóricos e metodológicos do referido domínio nos itens selecionados e na terceira etapa foram apresentadas as principais contribuições desses fundamentos para a compreensão do domínio estudado.

O objetivo de realizar as duas primeiras etapas da coleta de dados foi reduzir a interferência de subjetividade na definição das fontes de informação bibliográficas para compreensão do domínio do planejamento governamental no âmbito do SUS.

Na primeira etapa, foi realizado levantamento dos itens bibliográficos na base de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, que utiliza o Padrão Brasileiro de Metadados para Teses e Dissertações criado por um comitê técnico-consultivo de várias instituições públicas e privadas ligados à área de pesquisa, que permite a padronização dos itens bibliográficos dos tipos “dissertações” e “teses” dos programas de pós-graduação de todo território nacional e o depósito e consulta dos seus documentos em um repositório público único (IBICT, “s.d.”).

A busca na BDTD deu-se com a utilização das palavras-chave no campo Assunto: “planejamento AND saúde”, no período de 1990 a 2020, considerando este período em razão da publicação dos instrumentos legais de organização e implementação do SUS e do modelo de participação social nas conferências de saúde.

A partir dos resultados desta busca, realizou-se a análise dos resumos e a seleção dos itens bibliográficos que seriam utilizados na segunda etapa da pesquisa bibliográfica. Os critérios de exclusão dos resumos foram: quanto à indisponibilidade do resumo ou do texto completo, itens repetidos e quanto ao conteúdo do resumo (objetivo sem relação direta com o domínio desta pesquisa, que se refere ao subsistema de saúde suplementar, contexto diferente do Brasil e/ou período do estudo anterior à 1990). Os itens selecionados foram classificados em relação ao ano, tipo e área de avaliação do programa de pós-graduação na CAPES.

Na segunda etapa foi realizada a leitura das seções ou subseções de revisão de literatura e/ou fundamentação teórica dos itens bibliográficos selecionados para extração dos autores utilizados para subsidiar os fundamentos teóricos e/ou metodológicos do domínio estudado, ao mesmo tempo em que foram revisados os critérios de exclusão analisados na etapa dois e houve a adição de três novos critérios de exclusão: trabalhos cujo objeto tem relação direta com o domínio, mas não tem referências sobre planejamento em saúde, trabalho no qual a indicação da referência no corpo do texto foi numérica e na seção “Referência” foi alfabética e trabalho cuja única referência é outro trabalho acadêmico que não foi incluído na 1ª etapa desta pesquisa.

Na terceira etapa de coleta, foram relacionados nominalmente os autores e suas respectivas obras, bem como a frequência que estes foram utilizados para embasar os fundamentos teóricos e/ou metodológicos do planejamento em saúde no Brasil.

A quantidade de textos citados e referenciados extrapola a quantidade de itens analisados porque mais de um texto pode ter sido citado na fundamentação teórica e/ou metodológica do planejamento governamental em saúde por item bibliográfico. A quantidade de autores também foi diferente da quantidade de textos e obras porque foi considerada a

frequência de cada autor, mesmo que um mesmo texto tivesse mais de um autor relacionado, no entanto, quando o texto possuía mais de um autor, o texto era considerado somente uma vez.

Foram identificados os autores e respectivas obras mais frequentes, que foram citados diretamente nos itens analisados e também tiveram suas obras referenciadas em outros autores e respectivas obras com considerável frequência nos itens bibliográficos.

A partir da leitura das referidas obras e autores mais frequentes para seleção das categorias centrais, foi utilizada a análise de conteúdo, por sua capacidade de identificar temas gerais nas mensagens, e ir refinando o detalhamento dos referidos temas (MAYRING, 2002), conseguindo exaustividade na codificação de categorias a partir das quais será possível proceder com as ações metodológicas previstas na subseção 6.3.2.

A análise de conteúdo é composta pelas etapas de (i) pré-análise, (ii) exploração de material e (iii) tratamento dos resultados, inferências e interpretações. A primeira etapa refere-se à organização do trabalho a ser desenvolvido, a segunda etapa será baseada nas regras construídas para a codificação do texto analisado e definidas as unidades de registro (“menor parte do conteúdo”), e a terceira etapa será de análise dos resultados obtidos (BARDIN, 2016).

Sintetizar e, ao mesmo tempo, representar as categorias do conteúdo de uma mensagem ou documento é um exercício de análise descritiva e temática deste conteúdo, que demanda trabalho de preparação do texto a ser analisado, capacidade de seguir a intuição do analista baseada em experiências prévias com a temática e o cumprimento das regras previamente estabelecidas para a realização do procedimento de classificação (BARDIN, 2016).

Organizou-se o material selecionado a partir do fichamento e resumo das mais frequentes obras e autores incluídos na terceira etapa da coleta, com apontamento dos principais aspectos do texto que se referem ao domínio estudo e que estão descritos na subseção 7.1.1 desta tese.

Do resumo e fichamento das contribuições, foram identificadas palavras-chave que sintetizassem as referidas contribuições para compreensão do planejamento em saúde, e nesta análise de conteúdo buscou-se evidenciar os aspectos qualitativos de cada uma destas palavras-chave e a contribuição para o objetivo desta tese.

Em seguida, estabeleceu-se que as regras de codificação, classificação e agregação (Bardin, 2016) dessas palavras-chave deveriam basear-se em tentativas que sistematizassem as contribuições dos autores de acordo com o desenvolvido nesta tese nas seções 1 a 5.

Definiu-se como unidades de contexto as questões apontadas na síntese da subseção 1.1 como lacunas informacionais da participação cidadã nas conferências de saúde, quais sejam: i) compreensão da totalidade na qual a sua decisão se insere, (ii) relações estabelecidas entre as

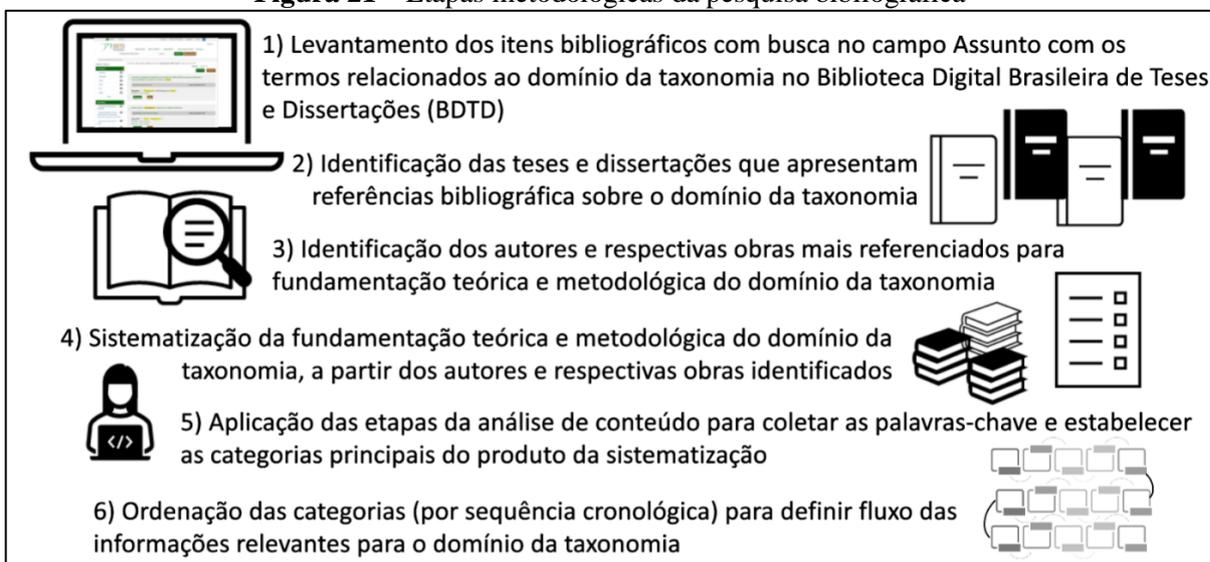
decisões de diferentes atores sociais, (iii) demandas públicas que subsidiam essas decisões, (iv) cenários prospectivos em relação às respostas públicas para atender essas demandas; e (v) acompanhamento dos desdobramentos das referidas decisões.

Com a distribuição das palavras-chave de acordo com as unidades de contexto, foram definidas categorias preliminares e nova distribuição das palavras-chave de acordo com o significado de cada uma das categorias. A partir desta nova distribuição, foram elegidas as unidades de registro ou temas, e realizado esboço do fluxo de informações do processo decisório da participação cidadã no planejamento governamental em saúde.

O processo de categorização das palavras-chave foi precedido de diversas tentativas, recorrendo aos objetivos e pressupostos desta tese e às contribuições dos autores e obras selecionados para a pesquisa bibliográfica. De acordo com Bardin (2016), espera-se que a regra de codificação promova categorias homogêneas, exaustivas, exclusivas e adequadas ao domínio estudado.

De forma sintética, a figura abaixo apresenta as ações realizadas na pesquisa bibliográfica no processo metodológico de elaboração da taxonomia para apoiar o processo decisório da participação cidadã na saúde.

**Figura 21** – Etapas metodológicas da pesquisa bibliográfica



Fonte: Elaboração própria

### 6.3.2 Pesquisa documental

A pesquisa documental utiliza-se de documentos que foram produzidos para finalidade diversa da pesquisa a ser realizada, e que se busca através destes a investigação de elementos referentes a uma determinada realidade ou fenômeno que tem relação com o processo de produção ou o produto final registrado no documento (GIL, 2002).

Para a coleta de dados na pesquisa documental, foi estruturado um instrumento de coleta de dados baseado em uma codificação apresentada na subseção 7.2.3, com a finalidade de extração dos termos relacionados ao fluxo do processo decisório da participação cidadã no planejamento governamental em saúde, através da mineração de textos.

A mineração de textos permite a extração de conhecimentos escondidos em um grande volume de textos no mesmo documento ou em vários documentos, que não se encontram inteligíveis porque não há organização prévia da informação (ARAÚJO JÚNIOR, 2007).

Propõem-se o tipo de mineração de textos de descoberta por extração de passagens (decisões) baseadas em regras definidas na etapa descrita na subseção 6.3.1, simultaneamente à descoberta por associação entre textos, que possibilita a extração de termos mais relevantes sobre um mesmo padrão semântico em mais de um texto (WIVES e LOH, 2000 *apud* ARAÚJO JÚNIOR, 2007).

Foram extraídos dos textos, as partes referentes ao processo decisório do planejamento em saúde, com um conjunto de metadados a serem definidos conforme resultados obtidos na aplicação da metodologia descrita na subseção 6.3.1, e estes irão compor um banco de dados em um arquivo *word* do Pacote *Microsoft Office*.

Foram analisadas manualmente as fontes de informação documental, as passagens extraídas e a pertinência dos termos relacionados a estas passagens observando o fluxo do processo decisório da participação cidadã no planejamento governamental em saúde, por semelhança ou oposição.

A análise documental dos termos extraídos constituiu em uma ação metodológica que, ao mesmo tempo em que terá relação com o fluxo desenhado pela etapa descrita na subseção 7.2.3, também representará as informações descritas nos documentos sobre o processo decisório do planejamento em saúde, e contribuirá para o processo de classificação dos referidos documentos em um banco de dados futuramente (BARDIN, 2016).

A apresentação dos termos extraídos e incluídos manualmente, foram apresentados em formato de lista, com numeração específica e relacionada à lista e numeração constituídas na subseção 7.2.3.

O conjunto documental a ser analisado, e a partir do qual ocorrerá a extração dos termos, refere-se aos documentos que compuseram o ciclo de planejamento governamental em saúde no período de 2015 a 2019 (último ciclo de planejamento completo).

Os documentos públicos que compõem o referido ciclo são: (i) Relatório Final da 15ª Conferência Nacional de Saúde; (ii) Plano Nacional de Saúde 2015 – 2019; (iii) Programação Anual de Saúde dos anos de 2015 a 2019; e Relatório Anual de Gestão dos anos de 2015 a 2019,

e estão disponíveis no sítio do Sistema de Apoio à Construção dos Relatórios de Gestão do SUS (SARGSUS).

A vantagem da análise de documentos públicos relaciona-se ao tempo poder ser definido pelo pesquisador, baixo custo em comparação com outras modalidades de coleta e permitir acesso aos termos utilizados no registro do produto do processo de planejamento em saúde, ao mesmo tempo em que tem como desvantagem estarem incompletos ou não refletirem exatamente o que foi definido no processo decisório, podendo estar reduzidos à perspectiva ou à redução dos responsáveis pela redação do texto.

### **6.3.3 Elaboração da taxonomia**

A geração de taxonomias a partir de termos extraídos de conjuntos documentais é possível (BLACKBURN *et al.*, 2014), desde que orientadas por categorias pré-estabelecidas que confirmem relação com a finalidade da taxonomia.

A partir do conjunto de termos selecionados na subseção 7.3.2, foi sistematizada nota de escopo dos termos, que serviram de base para o estabelecimento do relacionamento entre os referidos termos, na etapa de elaboração da taxonomia propriamente dita.

A finalidade da sistematização da nota de escopo foi obter uma padronização semântica dos termos relacionados na subseção 7.3.2, bem como estabelecer seus termos equivalentes e termos relacionados. Foram consideradas fontes de informação para construção da referida nota, pesquisa em glossários temáticos da área da saúde pública e da saúde coletiva, notas de escopo, documentos oficiais e páginas de internet do Ministério da Saúde e de outros órgãos e instituições do Poder Executivo e Legislativo, instrumentos legais e normativos do Estado e artigos científicos publicados em periódicos revisados por pares.

Considerando que os pretensos usuários desta taxonomia são cidadãos e cidadãs participantes das conferências de saúde, foram privilegiados dentre os termos equivalentes, os que possibilitam compreensão de uma parcela mais significativa da população, em detrimento de conhecimentos em linguagem exclusivamente técnica e/ou acadêmica.

Na elaboração da taxonomia, foram identificados quais termos são hipônimos (subcategorias) e quais são hiperônimos (supercategorias), conforme descrito na Figura 12, bem como o estabelecimento das relações funcionais a serem estabelecidas pelo significado de cada termo. Portanto, no ordenamento dos termos no modelo de taxonomia, foram consideradas as relações semelhantes e divergentes estabelecidas entre os referidos termos para definição da posição de cada termo na taxonomia.

## 6.4 Questões éticas

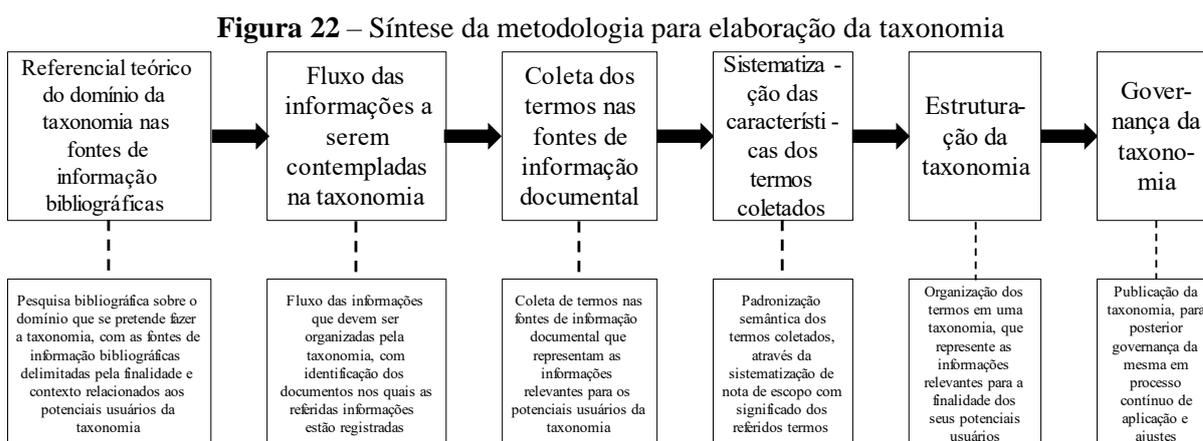
Como esta pesquisa não foi desenvolvida com seres humanos e se utilizou de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental com dados disponíveis a acesso público e irrestrito, foi dispensada a submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2016).

Entendendo que o produto desta tese tem relevância social, compromete-se à divulgação ampla dos resultados encontrados aos atores sociais interessados, quais sejam os conselheiros e conferencistas do setor saúde, pesquisadores dos campos de conhecimento da Saúde Coletiva e CI, e gestores do SUS.

Compromete-se também à continuidade do aperfeiçoamento da taxonomia a ser elaborada, por intermédio de projetos de ensino, pesquisa e extensão no retorno da pesquisadora ao departamento de origem, e da busca pela institucionalização da taxonomia junto às conferências de saúde, com a constituição de uma comissão de governança para controle de futuros aperfeiçoamentos.

## 6.5 Modelo metodológico para elaboração de taxonomia para o controle social na saúde

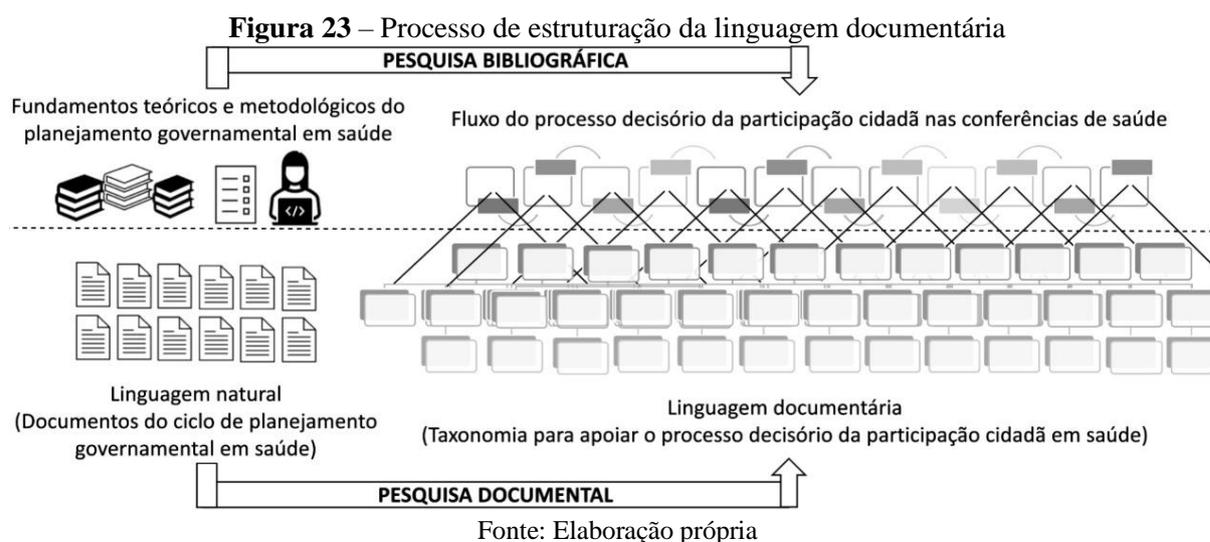
De forma resumida, representa-se como modelo metodológico utilizado nesta tese para elaboração de taxonomia para apoiar o processo decisório da participação cidadã no planejamento governamental no âmbito do SUS a figura abaixo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A estrutura da taxonomia, resultado do trabalho de aplicação da metodologia acima descrita, é uma linguagem documentária que permite sintetizar, organizar e representar os

principais assuntos e respectivas ramificações do domínio estudado, considerando o fluxo das informações relacionadas aos interesses dos potenciais usuários e concatenando as informações registradas em linguagem natural no conjunto de documentos do ciclo de planejamento governamental em saúde, por diferentes atores sociais (com diferentes conhecimentos e experiências prévias) e em diferentes momentos do contexto ao qual o domínio pertence (Figura 23).



A ordenação destas informações em uma sequência lógica e coerente com as características e atributos de cada termo descritos na nota de escopo permitem também a padronização semântica e o estabelecimento das relações entre estas informações.

A partir desta estrutura, o modelo de taxonomia apresentado deve auxiliar na compreensão do domínio a que se refere e na recuperação da informação buscada, disponibilizando pontos de acesso no conjunto documental que compõe o referido ciclo de planejamento e consolidando em uma única forma verbal os conceitos relevantes para subsidiar o processo decisório da participação cidadã.

## **7 RESULTADOS**

No contexto nacional, o processo decisório da participação cidadã em saúde é intermediado pelo controle social, instância deliberativa apoiada em um marco legal (Lei n.º 8.142, de 28/12/1990) que ordena a referida participação através de dois mecanismos: (i) as conferências de saúde, que são eventos periódicos que devem desencadear o processo de elaboração dos instrumentos de planejamento e orçamento, e (ii) os conselhos de saúde, que tem papel fiscalizador no acompanhamento da elaboração dos instrumentos de planejamento.

Nas conferências de saúde, o processo decisório da participação cidadã tem por finalidade, a partir da análise de situação de saúde, elaborar as diretrizes prioritárias e as respectivas propostas de ações e serviços públicos de saúde para atenuar ou erradicar as necessidades de saúde identificadas na supramencionada situação de saúde.

Os instrumentos de planejamento governamental em saúde e orçamento público devem ser norteados por estas diretrizes e a sistematização de como as propostas serão executadas, com seus respectivos orçamentos.

Para a apresentação dos resultados, organizou-se as subseções de acordo com os objetivos específicos descritos na subseção 1.4.2, e subdividiu-se as mesmas de acordo com as metodologias empregadas.

### **7.1 Fontes de informação dos documentos acumulados nas conferências de saúde**

Para seleção das fontes de informação, foram utilizadas duas metodologias, quais sejam a pesquisa bibliográfica, que buscou identificar as fontes de informação bibliográfica mais utilizadas para fundamentar teórica e metodologicamente o planejamento governamental em saúde, e a pesquisa documental, que buscou identificar o conjunto de documentos que subsidiam o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, considerando um ciclo completo da etapa nacional do planejamento realizado no período de 2016 a 2019.

#### ***7.1.1 Fontes de informação bibliográfica***

Na coleta de dados da pesquisa bibliográfica, a busca na BDTD retornou 535 itens bibliográficos, sendo 402 dissertações e 133 teses, a maioria em programas de pós-graduação da área da saúde.

Após análise (Tabela 1), foram descartados 445 itens bibliográficos que se adequavam aos critérios de exclusão, sendo a maioria dos itens descartados (que representavam 83,18% do

total de itens recuperados) os que apresentavam o objetivo do estudo não relacionado diretamente ao domínio desta pesquisa, qual seja o planejamento governamental em saúde.

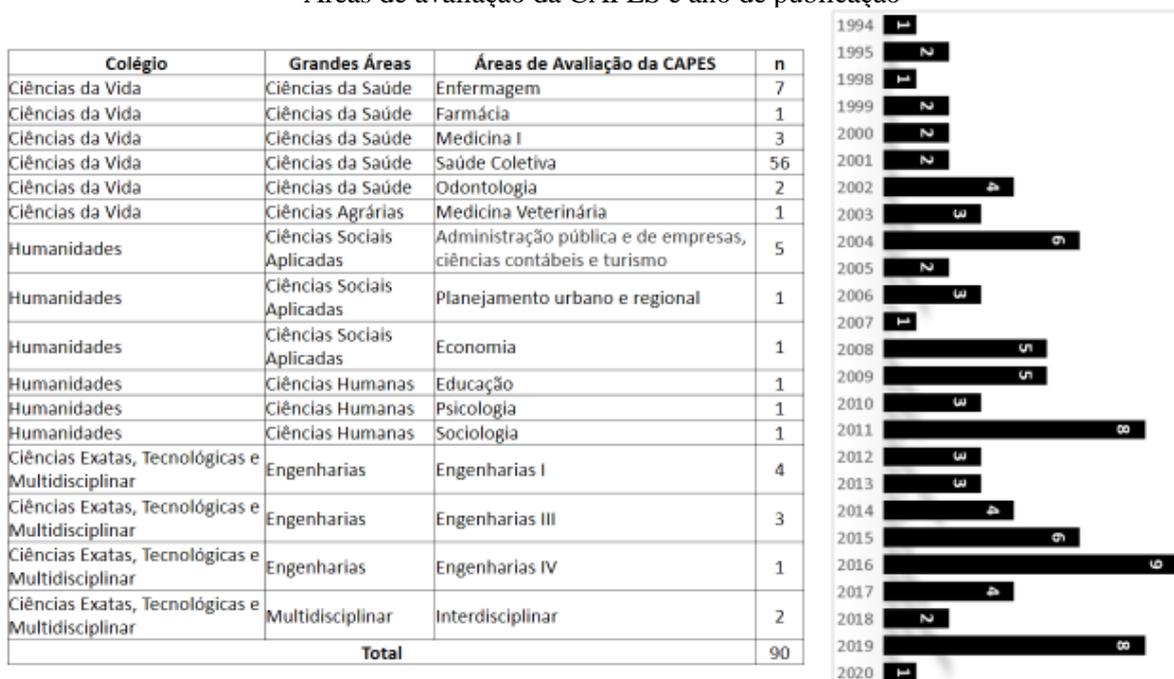
**Tabela 1** – Perfil dos itens bibliográficos excluídos da amostra, segundo critérios de exclusão

		n	%	
<b>Itens excluídos</b>	Quanto a conteúdo do resumo	Objeto sem relação direta com o domínio	342	76,85
		Subsistema de Saúde Suplementar	19	4,27
		Contexto diferente de Brasil	18	4,04
		Período do estudo anterior à 1990	8	1,80
		Objeto tem relação direta com o domínio, mas não tem referências sobre	30	6,74
		Sem identificação das referências	1	0,22
		Única referência é trabalho acadêmico	2	0,45
	Quanto à indisponibilidade	do Resumo	3	0,67
		do Texto Completo	19	4,27
	Item repetido		3	0,67
<b>Total</b>		<b>445</b>	<b>100,00</b>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Em relação aos itens bibliográficos incluídos (Figura 24), a maior parte destes era do tipo “Dissertação”, da área de avaliação dos programas de pós-graduação da Saúde Coletiva e nos últimos dez anos do recorte temporal (2010-2020).

**Figura 24** – Perfil dos itens bibliográficos incluídos na 3ª etapa da Pesquisa Bibliográfica, segundo Áreas de avaliação da CAPES e ano de publicação



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A partir dos 90 itens bibliográficos incluídos na segunda etapa da pesquisa bibliográfica, identificou-se a frequência dos autores e suas respectivas obras que foram utilizados para fundamentar teórica e/ou metodologicamente o planejamento governamental em saúde no Brasil no decorrer do processo de implementação do SUS.

Nos itens analisados, excluindo-se trabalhos acadêmicos (teses e dissertações) e materiais didáticos e técnicos, foram identificados 194 autores diferentes e 171 textos diferentes utilizados como referência (Tabela 2).

Destes 194 autores, 156 foram referenciados uma vez, e 36 autores foram referenciados duas vezes ou mais, acumulando um total de 406 referências do total de 194 autores. O autor mais referenciado foi o economista Carlos Matus (50), seguido pelo professor Francisco Rivera (29) e pelo sanitarista Mario Testa (23).

Em relação aos textos, foram identificados 171 utilizados nos referidos itens bibliográficos, nos quais 135 foram citados uma vez e 36 mais de uma vez. Do total de 284 referências dos 171 textos, 160 eram de 75 livros, 73 de 55 artigos de periódicos, 46 de 36 capítulos de livro e cinco de cinco artigos de conferências.

Conforme apresentado na Tabela 2, dentre os textos que foram referenciados mais de quatro vezes, existem três livros do autor Carlos Matus, sendo o com maior referência (22) “Política, planejamento e governo”, em que apresenta sua proposta nomeada Planejamento Estratégico Situacional (PES) e dois livros do autor Mario Testa, sendo “Pensar em saúde” o mais citado com dez ocorrências, em que apresenta sua contribuição nomeada Pensamento Estratégico (PE).

Outros autores relacionados nos itens bibliográficos mais frequentes (Tabela 2) apresentam síntese e/ou revisão da proposta de Carlos Matus e/ou Mario Testa, tais quais Francisco Rivera, Ligia Giovanella e Carmen Teixeira; redesenho dessas propostas ou apresentação de novas propostas a partir de resultados da implementação do PES e/ou do PE no contexto brasileiro, tais quais Emerson Merhy, Luiz Cecílio e Gastão Campos; e utilização de fundamentos destas propostas para elaboração de modelos nacionais já no contexto do SUS; aprofundamento teórico e/ou metodológico de estratégias sugeridas no PES e/ou PE que não foram detalhadas por Matus e Testa, entre outros.

Observa-se também que alguns dos outros autores citados tem concentrado em um período de tempo e/ou espaço geográfico a sua utilização como fundamentação, principalmente em virtude da concentração inicial da maioria dos programas de pós-graduação na região sudeste e depois nordeste, onde havia um contingente de pesquisadores que buscavam adequar o PES e/ou PE com as especificidades locorregionais de implementação e consolidação do SUS,

enquanto que Matus e Testa são os que permanecem sendo citados independente destas variáveis.

**Tabela 2** – Texto mais referenciados em trabalhos acadêmicos para fundamentação teórica e/ou metodológica do planejamento governamental em saúde no Brasil, 1990 a 2020.

<b>Texto da referência</b>	<b>Autores</b>	<b>Livro/Periódico</b>	<b>Ano</b>	<b>Tipo</b>	<b>n</b>
Política, planejamento e governo	Carlos Matus	Política, planejamento e governo	1997	Livro	22
Adeus Senhor presidente, planejamento, antiplanejamento e governo	Carlos Matus	Adeus Senhor presidente, planejamento, antiplanejamento e governo	1989	Livro	10
Pensar em Saúde	Mario Testa	Pensar em Saúde	2006	Livro	10
Planejamento e programação em saúde - um enfoque estratégico	Francisco Rivera (org.)	Planejamento e programação em saúde - um enfoque estratégico	1989	Livro	8
Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde	Mario Testa	Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde	1995	Livro	7
Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências	Carmem Teixeira	Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências	2010	Livro	6
Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil	Emerson E. Merhy	Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade	1995	Cap. de livro	6
As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina	Ligia Giovanella	Cadernos de Saúde Pública	1991	Artigo de periódico	4
Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa	Ligia Giovanella	Cadernos de Saúde Pública	1990	Artigo de periódico	4
Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde	Fabíola Vieira	Ciência & Saúde Coletiva	2009	Artigo de periódico	4
Inventando a mudança na saúde	Luiz C. de O. Cecílio (org.)	Inventando a mudança na saúde	1994	Livro	4
Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización y reforma	Carlos Matus	Los 3 cinturones del gobierno: gestión, organización y reforma	1997	Livro	4
Planejamento e avaliação das ações em saúde	Campos, Francisco Carlos Cardoso <i>et al</i>	Planejamento e avaliação das ações em saúde	2010	Livro	4
Planejamento em saúde para gestores municipais de serviços de saúde	Tancredi, Francisco Bernardini <i>et al</i>	Saúde e cidadania	1998	Livro	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Parte dos itens bibliográficos que tratam especificamente da construção do arcabouço normativo (normas, portarias, resoluções e afins) do planejamento em saúde identificam a influência do PES na estruturação do processo de planejamento governamental em saúde, ainda que sua efetivação na prática apresente algumas distorções, da mesma forma que os itens que

se dedicam ao tema da participação cidadã na saúde identificam a influência do PES e/ou do PE com a organização das conferências e conselhos de saúde.

Em virtude desses apontamentos, serão considerados como fontes de informação bibliográfica estes dois autores (Carlos Matus e Mario Testa) e suas respectivas obras que compõem a Tabela 2, incluindo dois capítulos escritos pelos referidos autores na obra “Planejamento e programação em saúde” de Francisco Rivera.

As contribuições teóricas e metodológicas de Matus e Testa são apresentadas nas obras citadas acima e se conformaram ao longo dos anos 1970, em contraposição ao modelo denominado de planejamento normativo com ênfase no planejamento econômico, recomendado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e vinculada à concessão de empréstimos por organismos financeiros multilaterais.

Carlos Matus, economista chileno, ex-ministro da fazenda no governo de Salvador Allende (1970 - 1974), e preso e exilado político durante a ditadura de Pinochet, teve sua obra “Política, planejamento e governo” como a mais citada (Tabela 2) e esta é apresentada em dois tomos, sendo no primeiro apresentada uma teoria social e do planejamento e os fundamentos do planejamento situacional; e no segundo é apresentada o processo de planejamento propriamente dito em quatro momentos (explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional) e a metodologia a ser implementada em cada um dos momentos, bem como conclusões e um glossário para padronização semântica dos termos.

Na segunda obra mais citada do mesmo autor “Adeus senhor presidente”, ele reapresenta sua teoria e metodologia para o planejamento público (PES) aplicada a um contexto fictício, qual seja uma reunião ministerial para discutir complexos problemas públicos a partir da perspectiva, competências e capacidade operacional de diferentes setores da administração pública.

Mário Testa, médico argentino que participou do processo de implementação do planejamento normativo como técnico da OPAS nas décadas de 60 e 70, fez uma autocrítica desse modelo a partir dos resultados empíricos e, junto a uma revisão das contribuições de Matus, propôs um modelo de planejamento que buscava nas mudanças estruturais a solução da causa dos problemas.

Na obra mais citada de Testa, intitulada “Pensar em Saúde”, é detalhada sua ligação com a OPAS, as reflexões suscitadas pela experiência na aplicação do método CENDES na América do Sul, as especificidades do processo saúde-doença e seus determinantes e a função do processo de planejamento em países periféricos latino-americanos.

A segunda obra mais citada do Testa “Pensamento estratégico e lógica da programação” enfatiza a necessidade de pensar o próprio processo de planejamento como espaço de ressignificação do papel e dos agentes do Estado em um contexto democrático, implementação de mudanças e distribuição de poder; e é nesta obra também que Testa detalha a metodologia da sua proposta de planejamento, que é fundamentada por uma ideologia e um conjunto de saberes que indicam a intencionalidade do plano.

### 7.1.2 Fontes de informação documental

Na coleta de dados da pesquisa documental, considerou-se da mesma forma que o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde deve ser continuado e acompanhado ao longo do planejamento governamental em saúde, e que este encontra-se indissociável do planejamento orçamentário da administração pública do nível correspondente, em especial das programações orçamentárias vinculadas às rubricas específicas.

Desta forma, com base nos instrumentos legais e normativos que delimitam as etapas do processo de planejamento, foram consideradas as documentações relacionadas à conferência de saúde, ao planejamento governamental em saúde e ao planejamento orçamentário da administração pública, que foram delimitados no ciclo de planejamento 2016-2019, correspondente ao último ciclo de planejamento completo na esfera federal (Quadro 9).

**Quadro 9** – Documentos do Ciclo de Planejamento Governamental em Saúde, no Brasil, 2016-2019

<b>Etapa</b>	<b>Documento</b>	<b>Instrumento legal e/ou normativo</b>
15ª Conferência Nacional de Saúde	Diretrizes Metodológicas da 15ª Conferência Nacional de Saúde	Resolução CNS n.º 501, de 07/05/2015
	Regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde	
	Documento orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde	
	Regulamento da 15ª Conferência Nacional de Saúde	
	Relatório Final da 15ª Conferência Nacional de Saúde	Lei n.º 8142, de 28/12/1990 Decreto n.º 7508, de 28/06/2011 Resolução CNS n.º 507, de 16/03/2016
Planejamento governamental em saúde	Plano Nacional de Saúde Programação Anual de Saúde Relatório Anual de Gestão	Portaria MS GM n.º 2.135, de 25/09/2013
Planejamento Orçamentário da Administração Pública	Plano Plurianual Lei Orçamentária Anual Relatório Anual de Avaliação	Constituição Federal de 1988

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na Resolução CNS n.º 501, são apresentados de forma geral e resumida, como deve funcionar as etapas livres, municipais, estaduais e nacional da 15ª Conferência Nacional de Saúde, os documentos que devem apoiar o processo decisório da participação cidadã nestes espaços e as respectivas informações que devem constar nos mesmos, tais quais as diretrizes prioritárias e as propostas para seu atendimento.

As diretrizes metodológicas, o regimento e o regulamento das conferências de saúde são documentos que orientam o funcionamento das etapas livres, municipais, estaduais e nacional das conferências de saúde, ordenando o rito de debates em grupos de trabalho por eixo temático apresentado nesses documentos e a elaboração e/ou definição, apreciação e votação das diretrizes e propostas que surgiram dos debates.

O documento orientador tem um papel diferente, sendo este o de fornecer informações sobre a análise da situação de saúde de cada um dos eixos temáticos, bem como sugestões de diretrizes e proposta alinhadas com os objetivos e metas do Plano Plurianual apresentado anteriormente à realização da conferência de saúde, para o mesmo período (2016-2019).

O Relatório Final representa a síntese das discussões sobre a situação de saúde e as alternativas de resposta a esta situação, debatidas em todas as etapas da conferência de saúde e sistematizadas em diretrizes e propostas subdivididas por eixo temático e temas.

O planejamento governamental em saúde foi desenhado em um instrumento normativo de 2013 que encontra-se ainda vigente na organização do referido planejamento, que tem início nas deliberações da etapa nacional da conferência de saúde a partir das quais o poder executivo (Ministério da Saúde) deve se basear para a sistematização das diretrizes prioritárias e propostas em objetivos, metas e suas respectivas programações orçamentárias já definidas em instrumentos do planejamento orçamentário da administração pública, apontando posteriormente à execução do plano seus respectivos resultados e despesas financeiras.

O plano de saúde, de periodicidade quadrienal, deve ter seus objetivos alinhados às diretrizes definidas no Relatório Final da conferência de saúde, bem como as propostas do mesmo relatório devem estar alinhadas às metas, para as quais são acrescentadas informações quantitativas.

A programação de saúde deve anualizar as metas definidas no plano vinculada a uma programação de despesa financeira, com a perspectiva de sua execução ao longo dos 4 anos do ciclo de planejamento, e deve ser realizada prestação de contas da execução da programação também anual no documento relatório de gestão.

No planejamento orçamentário da administração pública são indicadas tanto a estimativa de capacidade financeira (receita) para execução do plano do setor saúde, quanto as

diretrizes pactuadas com a sociedade, a partir das quais serão traçadas as metas, ações e atividades vinculadas às respectivas programações orçamentárias, que representam as autorizações de despesa possíveis de serem executadas no período definido pelo setor saúde.

O plano plurianual, também de periodicidade quadrienal tal qual o plano de saúde, deve ter alinhado com este plano os objetivos e metas, incluindo indicadores que se estima que sejam alcançados ao longo da execução do plano com a finalidade de alterar a situação de saúde expressa no indicador.

A lei orçamentária anual é o documento que estima a receita para o exercício financeiro e fixa em quais despesas (objetivos, ações e atividades) a administração pública pode alocar recursos, e a execução destas despesas e evolução dos respectivos indicadores e metas programados para atingir em cada ano do ciclo deve ser apresentado no relatório anual de avaliação.

Em relação ao planejamento orçamentário da administração pública ainda, foram consultadas também os documentos das leis de diretrizes orçamentárias do referido período, no entanto, estes documentos não possuem identificação das referidas diretrizes por setor, objetivo ou meta para o planejamento da saúde, não sendo possível identificar as informações relacionadas ao processo decisório da participação cidadã em saúde particularmente.

## **7.2 Fluxo do processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde**

Como vimos anteriormente na subseção da revisão de literatura, o processo decisório é complexo e deveria ser precedido por informações relevantes que auxiliassem no estabelecimento de critérios, parâmetros e subsídios, para evitar possíveis problemas quando a decisão é tomada descolada de elementos suficientes que a justifiquem.

Estabelecer o fluxo do processo decisório nesta subseção busca delimitar os temas informacionais nos quais residem os termos que irão compor o modelo de taxonomia desta tese, e para tanto, parte-se dos achados na pesquisa bibliográfica da perspectiva teórico-metodológica proposta por Matus e Testa.

Várias propostas de planejamento estratégico surgiram no cenário latino-americano ao longo da década de 1980 como alternativa ao modelo estritamente técnico do planejamento normativo, a partir da incorporação das ciências sociais e das tensões inerentes ao confronto de grupos com interesses diferentes a serem contemplados no plano (TESTA, 1989).

Diferentemente do planejamento normativo disseminado pela OPAS, que buscava implementar as decisões tomadas para o incremento da capacidade de oferta dos serviços de

saúde, o planejamento estratégico discutia a necessidade de (re)pensar a organização da oferta e da realização de reformas sanitárias que considerassem a conjuntura social local (PAIM, 2003).

No Quadro 10 são apresentadas as principais diferenças elencadas por Matus (1989) do planejamento normativo que vinha sendo implementado na América do Sul pela OPAS e do planejamento estratégico que seria o fundamento da sua proposta.

**Quadro 10** – Diferenças entre planejamento normativo e planejamento estratégico

<b>Planejamento normativo</b>	<b>Planejamento estratégico</b>
O planejamento supõe um sujeito (Estado) que planeja um “objeto” (realidade econômico-social)	O sujeito que planeja está compreendido no objeto planejado
O sujeito que planeja deve, previamente, “diagnosticar” a realidade para conhecê-la	Explicação situacional onde cada sujeito explica a realidade a partir da posição particular ocupada no sistema planejado
Para compreender a realidade e adquirir capacidade de previsão de sua evolução futura, é necessário descobrir suas “leis” de funcionamento	Cálculo interativo ou julgamento estratégico próprio da interação entre oponentes
Não existem oponentes e o planejamento pode referir-se somente ao aspecto econômico	O plano deve considerar o “pode ser” e a “vontade de fazer”
Refere-se ao determinismo econômico-social	O normativo é uma etapa do planejamento, que deve lidar com problemas quase ou mal-estruturados
O plano é produto de uma capacidade exclusiva do Estado, com objetivos próprios e final fechado	Qualquer força social luta por objetivos próprios e está capacitada a fazer o cálculo que precede e preside a ação

Fonte: Elaboração própria, baseada em Matus (1989)

### **7.2.1 Pesquisa bibliográfica do planejamento governamental em saúde**

Para construir sua proposta, Matus (1997) relacionou-a a uma teoria social que fundamenta o PES, que torna indispensável no processo de planejamento a participação dos atores envolvidos na compreensão das situações de saúde a serem alteradas pela execução do plano.

A parcialidade na explicação do problema, que tem a ver com especificidades de cada ator social, justifica um planejamento a partir de uma rede explicativa policêntrica, que esteja atenta à complexidade dos problemas (MATUS, 1997).

Os atores sociais poderiam ser individuais ou institucionais e deveriam representar demandas coletivas, tais como sindicatos, movimentos sociais, dirigentes de organizações públicas e privadas, partidos políticos, entre outros, e todos poderiam planejar, “ainda que com diferentes graus de formalidade e sistematicidade” (MATUS, 1997, pg. 55), sendo a formalidade referente aos procedimentos práticos normatizados, e a sistematicidade referente aos corpos ideológicos, teóricos e metodológicos que apoiam o cálculo do planejamento.

Esta participação se daria marcadamente no momento explicativo, primeiro dos quatro momentos do PES, quando os problemas mais relevantes são elencados e é elaborada uma rede explicativa, para traçar quais são os pontos ou nós dos problemas que as ações a serem formuladas no momento seguinte devem intervir (HUERTAS, 1996).

Neste momento deve ser apresentada a situação atual ou inicial e a situação objetivo que se pretende alcançar com a execução do plano, e é subdividido em (i) caracterização do problema e estabelecimento de sua relação com o contexto (seu valor para o coletivo e a capacidade para enfrentá-los), (ii) priorização (a partir de critérios globais e próprios), (iii) detalhamento (seleção de nós explicativos) e (iv) identificação da relação dos atores com os problemas (MATUS, 1997).

O entendimento sobre o que é problema, como se caracteriza e qual seu valor ou prioridade é definido pela perspectiva dos atores sociais, ainda que como resultado possa ter uma variedade de olhares e soluções possíveis, e aparentemente não relacionadas entre si, que podem contribuir para um cenário de incertezas (MATUS, 1997).

Tal qual proposto no PES, o processo de planejamento governamental em saúde no Brasil procura centralizar-se no problema ou demanda, e não na oferta possível, visto que o cidadão consegue dialogar sobre os problemas que afligem seu cotidiano e da coletividade a que pertence, mas não necessariamente conhece a estrutura organizacional estatal, que tende a mudar a cada novo dirigente (HUERTAS, 1996).

Estes problemas seriam indicados como quase-estruturados, contendo uma visão totalizadora como um pano de fundo, compreendendo que todo fato social se relaciona com diferentes dimensões sociais, e a dinâmica da realidade impõe ainda novos fatos relacionados a intervenção destas outras dimensões e dos reflexos das ações de planejamento em curso (MATUS, 1997).

Os problemas também podem ser classificados em relação à espacialidade dos atores, sua relação causal, os prejuízos da sua manutenção e os benefícios da intervenção sobre ele, e esta classificação, agregando-os em macroproblemas, contribui para que a ação planejada atue sobre um conjunto de problemas (MATUS, 1997).

No segundo momento, denominado de momento normativo, os mesmos atores que se empenharam na explicação do problema, também devem formular a situação-objetivo, que deve ser alcançada através de um conjunto de operações com a finalidade de alterar a situação inicial.

A tomada de decisão neste momento deve se dar pela necessidade de moldar o futuro pelas ações do presente, estar preparado para ações imediatas em eventuais imprevistos, compor

de forma coerente as ações planejadas para diferentes problemas e transformar os erros e acertos em conhecimento e aprendizado (MATUS, 1997).

As operações relacionadas a cada ponto do problema que se pretende solucionar, devem ser guiadas pelas redes explicativas elaboradas no momento anterior, que formalizam o “deve ser” do plano, sendo estas ações passíveis de monitoramento e avaliação no momento seguinte, devendo ser específicas ao invés de abstratas ou genéricas, mensuráveis quantitativamente, apropriadas para o problema-alvo, realistas em relação à capacidade financeira do Estado e temporais, com prazos definidos para começar e terminar (CARDOSO; PEREIRA; SHIMIZU, 2018).

Na metodologia apresentada no PES, os objetivos desenhados a partir das ações podem ser apresentados em forma de produto com efeitos imediatos para a população; resultados em forma de adesão e/ou mudança de comportamentos, conhecimentos ou atitudes; delimitados em relação ao lapso temporal e alcance espacial; responsabilidades de quem executa o plano, seus potenciais beneficiários e aqueles que sofrerão intervenção em consequência desta execução; e impacto que pode ser visualizado na mudança gradual e consistente de indicadores a longo prazo (CARDOSO; PEREIRA; SHIMIZU, 2018; MATUS, 1997).

O momento normativo é dividido nas etapas de: (i) elaboração do programa de base (linhas e critérios comuns em relação aos problemas); (ii) elaboração do programa direcional (seleção dos problemas, meios a serem utilizados, resultados a serem alcançados e avaliação da consistência do plano); (iii) elaboração da matriz problemas x operações; (iv) elaboração dos módulos O-P (desagregar a matriz do item iii); e (v) elaboração das ações e subações (desagregar o módulo do item iv) (MATUS, 1997).

As ações comunicacionais da formulação do plano são relevantes para evitar ambiguidade das informações, a partir da apresentação de um texto como conteúdo do plano relacionado a um contexto no qual o sentido possa ser delimitado (MATUS, 1997). O contexto pode ser “imaginável ou hipotético, possíveis, normativos ou de intenção, mais prováveis ou de referência central, extremos ou de contraste” (MATUS, 1997, pg. 251).

No 3º momento do PES (momento estratégico), cabe aos planejadores identificar quais ações possuem viabilidade e podem ser implementadas sem pressões contrárias, e quais ações não possuem viabilidade e demandam operações complementares para que possam se tornar viáveis (HUERTAS, 1996; CARDOSO; PEREIRA; SHIMIZU, 2018).

Segundo Matus (1997), o propósito do 3º momento é construir a viabilidade política (administrar recursos escassos de força e poder, regular a relação entre os diferentes atores, desvendar possíveis conflitos de interesse, desenhar curso de ação flexível e cenários factíveis,

antever a ação de forças oponentes e detectar pontos fracos), viabilidade econômica (administrar recursos econômicos escassos, captar os recursos necessários, ajustar o plano a limitações econômicas e considerar a eficácia já observada em experiências pretéritas), viabilidade tecnológica ou técnica (verificar disponibilidade das já existentes, capacidade de criação de novas e potencialidade dos recursos humanos envolvidos), viabilidade institucional (incluir – e adequar de forma coerente o plano – à capacidade já existente na organização e avaliar a disponibilidade das lideranças e equipe para mudanças propostas pelo plano) e viabilidade da síntese do plano.

As operações que têm impacto na obtenção do resultado do plano são nomeadas por Matus como OP, e tem relação com a eficácia direcional, como por exemplo o princípio ativo de um medicamento; e as operações que tem como função facilitar a viabilidade do plano são nomeadas como OK, como por exemplo, o sabor artificial que torna o medicamento mais palatável e aumenta a adesão, e tem relação com a eficácia processual (HUERTAS, 1996).

Assim, para Matus, querer implementar um plano com operações somente do tipo OP, seria uma redução técnica a um processo que também é político, e que para melhorar a adesão, demanda um processamento tecnopolítico (HUERTAS, 1996).

O método PES desenvolvido por Matus (1997), pressupõe também condições adequadas nas quais é possível viabilizar um planejamento, tais como o alinhamento entre o (i) projeto de governo, a (ii) capacidade de governar e a (iii) governabilidade do sistema, vértices de um mesmo triângulo de governo.

O projeto de governo, ou o plano, deve estar baseado em problemas quase-estruturados, visto a limitação em abarcar todas as explicações possíveis sobre os mesmos, e na criatividade humana, para construir soluções possíveis e ilimitadas que reproduzam resultados almejados (Matus, 1997), e este é produto das atividades desenvolvidas no momento normativo.

A capacidade de governo tem relação com os instrumentos disponíveis para o cálculo, sendo mais deficientes quanto mais pobres fossem o método de planejamento (MATUS, 1997), e a análise do momento explicativo quanto ao ambiente interno auxilia a compreensão da capacidade de decisão, capacidade operacional e capacidade de operações do governo (CARDOSO; PEREIRA; SHIMIZU, 2018).

A governabilidade refere ao poder de implementar a ação planejada, em convergência com outros atores sociais que podem interferir na mesma (MATUS, 1997), e depende da negociação política, econômica e organizacional em prol do projeto e/ou plano de governo a ser executado (CARDOSO; PEREIRA; SHIMIZU, 2018).

Dentre as técnicas apontadas por Matus (1997), temos ainda neste terceiro momento a simulação estratégica, que consistiria na experimentação hipotética de decisões e seus impactos no percurso, ao mesmo tempo em que dá mais liberdade para o processo criativo de formulação de soluções dos problemas, sem as repercussões de suas consequências na realidade.

Na simulação, também é possível experimentar a efetividade da relação entre os diferentes atores sociais ou oponentes para o alcance de um objetivo coletivo e também de objetivos individuais, e se esses estão atuando de forma cooperativa ou competitiva, bem como redefinir os parâmetros do plano a partir de cada decisão e não se distanciar dos aspectos práticos da situação real (MATUS, 1997).

O 4º momento (momento tático-operacional) é a execução do plano propriamente dita, e sua função de norteamento em relação às ações do governo, e principalmente para as decisões que tem que ser tomadas sem terem sido previstas no processo de planejamento. Este momento relaciona-se com a mediação entre o conhecimento construído nos 3 momentos anteriores e a ação, que deve ser preponderante na agenda do governante (HUERTAS, 1996).

Para a execução do plano, é necessário seu detalhamento, sendo recomendado por Matus a estruturação por módulos e/ou programas, facilitando possíveis adequações durante a implementação, e um sistema de gestão responsável pelo monitoramento e avaliação (CARDOSO; PEREIRA; SHIMIZU, 2018).

O orçamento deve ser o mais desagregado possível (por programas, operações, ações e subações), com estabelecimento de relação entre módulos operacionais do plano e módulos orçamentários, que podem ser estruturados no formato de cálculo e posteriormente auxiliar na prestação de contas e análise dos indicadores de eficiência e eficácia (MATUS, 1997).

De acordo com Matus (1997), as operações que compõem o plano podem ser classificadas em: (i) estruturadas (orientadas por normas de procedimentos e cálculo estruturado); (ii) não-estruturadas (orientadas por juízo situacional); e (iii) semi-estruturadas (combinação das duas anteriores).

A execução dessas ações deve ser monitorada por Salas de Situação, que são estruturas de informação e análise de indicadores quantitativos e qualitativos de resultados, codificados por sinais que representam as consequências do plano em relação à situação inicial e à situação-objetivo (MATUS, 1997).

A Sala de Situação proposta por Matus (1997) funcionaria como um sistema de suporte às decisões, que seja capaz de trabalhar com uma grande base de dados e transformá-las em informações tempestivas para que sejam traçadas as possíveis alternativas de respostas aos

problemas identificados, ofertando distintas perspectivas de análise e de resoluções durante a execução do plano, e também auxilie na avaliação e prestação de contas deste plano.

Os resultados devem retroalimentar o processo decisório de todos os atores que participam da formulação do plano e de sua execução, fornecer uma avaliação das decisões tomadas, modificar a situação inicial, equacionar possíveis conflitos entre os atores e, quando necessário, alterar o próprio desenho do plano, se constatado que a expectativa em relação a alguma operação for frustrada (MATUS, 1997).

As Salas de Situação podem funcionar em regime de emergência para otimizar o tempo, que em situações específicas interligadas à situação global, pode ser crucial para que haja possibilidade de solução, e estas devem ser estruturadas em três subsalas (sala de decisão, sala de comando ou gestão da informação e sala de trabalho de análise), sistematizadas em áreas temáticas ou de acordo com macroproblemas, com as simulações (desenhos ou estratégias) ou modelos de tendências de possíveis decisões, avaliação das decisões já tomadas e as possíveis consequências das mudanças a partir da execução do plano (MATUS, 1997).

Como já mencionado por Matus (1997), os problemas devem ser semi-estruturados, que deixam margem para que o decisor trabalhe com as normas já instituídas, com as informações da Sala de Situação e seu juízo situacional, que seria um conjunto de critérios indicando o direcionamento do planejamento.

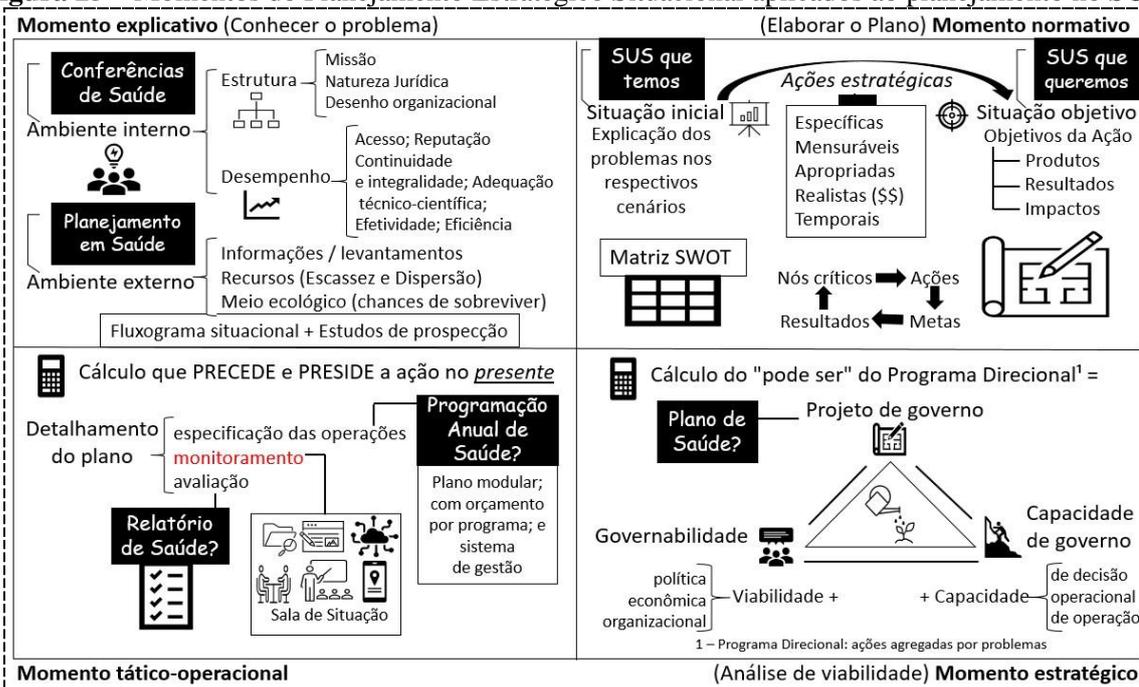
Podem surgir também problemas “inestruturados”, considerando que a imprevisibilidade e a incerteza são inerentes ao futuro, ainda que seja feito um exaustivo trabalho de projeção de cenários e sejam considerados os pontos de vista dos diferentes atores sociais que estão envolvidos com os problemas explicados (HUERTAS, 1996).

Para Matus, a improvisação tem vantagens para o governo, tais como ser flexível e adaptável, oportuna, variada, predominantemente situacional, exige pouco aporte teórico e tem muito apoio na experiência e não possibilita ao gestor considerar fatores que estão além do seu conhecimento (HUERTAS, 1996).

A improvisação, ainda que não desejada, deve fazer parte deste momento, mas somente quando necessária, e deve se manter na direção apontada pelo plano (HUERTAS, 1996), e na análise das decisões tomadas sob improvisação é que se consegue avaliar a adesão dos atores sociais às diretrizes estabelecidas pelo plano.

Em resumo, a figura abaixo ilustra os momentos do PES definidos por Matus, as principais ações de cada um destes e sua influência no planejamento governamental no âmbito do SUS.

**Figura 25** – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional aplicados ao planejamento no SUS



A proposta de Matus foi amplamente disseminada na América Latina, tanto no meio acadêmico quanto nos governos, e em especial no setor saúde brasileiro. A partir das reflexões e experiências, foram tecidas críticas sobre o PES e acrescentadas contribuições para sua implementação no setor saúde em um contexto de reformas sanitárias em países sul-americanos, tais quais a do médico sanitário Mario Testa que serão apresentadas a seguir.

Para Testa (1989), os problemas sociais, e em especial os relacionados ao processo saúde-doença, só poderiam ser compreendidos a partir dos seus determinantes sociais e a totalidade de significação, e principalmente pelas categorias de espaço e tempo.

Desta forma, é relevante a participação dos diferentes atores, principalmente os implicados na situação de saúde debatida, porém é necessário debater não só os problemas, como questões estruturais e estruturantes que determinam sua ocorrência em contextos específicos em detrimento de outros contextos.

Testa (1989) reconhece a inovação proposta por Matus da disputa existente entre atores sociais que possuíam diferentes interesses na construção do plano, e a importância da viabilidade política para que este não se torne um instrumento meramente burocrático, no entanto, acredita que houve substituição de uma normatividade técnico-econômica por uma normatividade política.

Como Matus vinha de uma experiência como gestor de políticas públicas, e o governo do qual ele fazia parte foi deposto por um golpe de Estado, Testa (1989) relacionou a construção

de um método predominantemente político pela necessidade de reverter percalços encontrados na vivência pessoal dentro da administração pública.

Testa (1989) também criticou a rigidez da estruturação da metodologia do PES, porque acreditava que o caráter situacional aplicado por Matus ao problema, também era pertinente ao próprio processo de planejamento, circunscrito em um tempo e espaço históricos únicos. Outro ponto de divergência se deu em relação à finalidade do planejamento, que deveria ser não apenas a mudança situacional, mas a repartição ou desacumulação de poder entre os diversos atores sociais.

Para Matus (1997), a explicação situacional é o começo da elaboração do plano, enquanto que para Testa (1989b), a situação de saúde e epidemiológica é o resultado de um processo histórico-social, e que o planejamento é o desencadeamento de um processo de ações setoriais e de serviços de saúde que podem transformar esses resultados, portanto o debate com a sociedade deve ser ampliado para além dos problemas.

Testa (1989b) sugere que o planejamento seja um instrumento para desencadear processos, no sentido de dar início à movimentação da estrutura social que determina os resultados expressos nos estados de saúde e situação epidemiológica. Outra diferença é a compreensão de Matus dos atores sociais como oponentes e as estratégias necessária para fazer valer seus interesses, enquanto que Testa aposta na democratização das informações para a defesa da vida e da saúde.

Para alcançar estes objetivos, Testa (1989) propõe que, ao invés de um método estruturado, deve-se considerar que o planejamento, enquanto prática social, esteja em permanente construção e seja organizado a partir do Pensamento Estratégico (PE), no qual são discutidos conceitos tais como hegemonia, ideologia, estrutura e poder. Para Testa (1989, pg. 79), “[...] o plano tem sentido na medida em que proporciona uma linguagem e uma estrutura comunicativa na qual pode-se debater sua história e seu futuro [...]”.

A história ajuda a explicar como, porque, por quem e com quais finalidades foram tomadas as decisões até o momento, que configuram a presente problemática, e quais são as implicações das decisões tomadas hoje pelas pessoas envolvidas que tem poder para transformar as condições que a estão favorecendo.

Para Testa (1989b), temos os resultados das ações de planejamento, que se expressam pelas situações de saúde e epidemiológica, e como resposta para intervir sobre os elementos que determinam esses resultados, relacionam-se com a organização setorial e suas relações de poder interno, que seria concretizada com reformas sanitárias alinhadas com movimentos de luta pela igualdade social como foi o caso do SUS no Brasil, e com a organização dos serviços

de saúde e suas relações de poder externas, que seria concretizada pela participação popular no processo decisório das ações de saúde, tais quais ainda se busca com as conferências de saúde.

Neste contexto, o acesso às informações sobre a totalidade da realidade social, dos mecanismos que influem no seu funcionamento e da sua relação com as condições de saúde é fundamental para o apoio à essa participação popular, e a construção de um plano que tenha legitimidade, no sentido da população reconhecer nas decisões a influência da sua cultura, conhecimentos e experiências (TESTA, 1989b).

Um elemento importante da estrutura social é a cultura, que tem relação direta com o comportamento dos indivíduos, desde a forma como os problemas serão compreendidos até as respostas em relação a esses problemas, e que requer a percepção de si enquanto ator social produtor da cultura ao mesmo tempo que é influenciado por ela (TESTA, 1989b).

Tanto o planejamento governamental como a busca pelo atendimento dos problemas de saúde, que vamos nominar como planejamento local em saúde, são espaços sociais nos quais os atores medem forças a partir das forças pré-determinadas pela sua posição na estrutura social, construída historicamente a partir de representações preconcebidas que empoderam ou fragilizam a participação, o poder de troca no jogo de interesses e a capacidade de decidir.

A estratégia de repartição de poder proposta por Testa (1989b) é concretizada na elaboração de programas voltados para a mudança, sendo “o papel da política no espaço setorial a função ideológica cujo resultado é de construir sujeitos para prática de decidir...”.

Testa (1989b) coloca como, no espaço setorial, interesses particulares podem constituir sujeitos que se apropriam dos seus direitos, concebem a saúde como resultante de processos em curso na sociedade e se reconhecem como capazes de decidir, e portanto, interferir na realidade social que determina quem adoece ou não.

A ideologia, para Testa (1989), refere-se ao conjunto de ideias que norteiam a decisão para a ação das pessoas, ao invés do juízo situacional referido no PES, e estas devem ser objeto do processo de planejamento, na medida em que o sistema de saúde é uma política de Estado construída a partir de pressupostos teóricos e filosóficos que compõem a ideologia e independem do governo e plano definidos para determinado período.

E compreendendo que os problemas de saúde só serão mobilizados quando as estruturas que os mantêm sofrerem intervenção, a ideologia pode contribuir para a autopercepção dos cidadãos como agentes de reprodução dessa estrutura social que não os privilegia, ao contrário, que aumenta suas chances de adoecimento e reduz suas perspectivas e de seus descendentes de sair do círculo vicioso da doença (BERLINGUER, 1978), é a partir desta tomada de consciência

que se constituem as possibilidades reais de transformação da referida estrutura (TESTA, 1989b).

Para Testa (1989b, pg. 243),

“[...] A agregação é a união de vontades individuais para construir uma massa crítica que encontra uma via de expressão para suas reclamações através de meios políticos ou administrativos que levem às autoridades o pedido de ação frente aos problemas detectados [...]”

No sentido abordado por Testa acima, a participação popular no planejamento pode se transformar em oportunidade de autoconhecimento, de se ver como agente produtor da totalidade tanto da estrutura social como do próprio processo de planejamento governamental e local em saúde, com um repositório de informações que os auxilie na relação dos problemas às ações de saúde.

Este autoconhecimento pode apoiar a democratização das decisões sobre a organização do setor saúde e de seus serviços, promovendo uma repartição de poder interna (entre os trabalhadores da saúde) e externa (entre os trabalhadores da saúde e a sociedade).

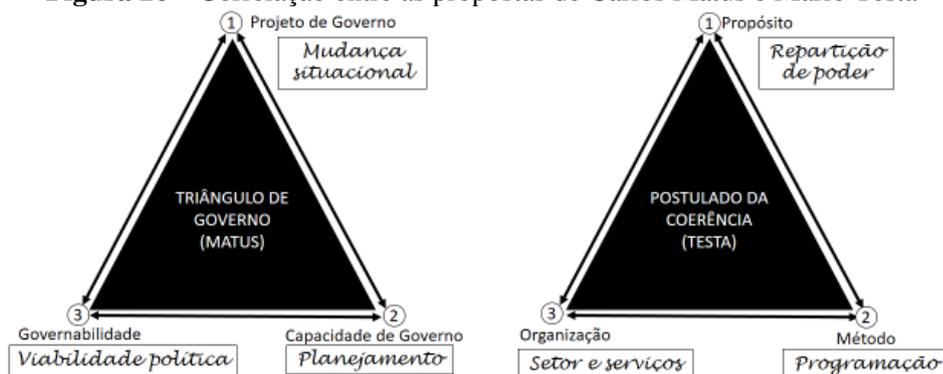
Esta repartição de poder se concretizaria no âmbito dos serviços porque é na ação concreta que se efetiva (ou não) o que Testa (1989b) denominou de poder cotidiano. Portanto, o planejamento programado na lógica do pensamento estratégico está mais fundado no “como fazer” da ação concreta do que nas metas estabelecidas nos instrumentos de planejamento.

A informação que traduz os resultados (estado de saúde e situação epidemiológica) relacionando o problema de saúde com a estrutura social pode ser expressa por indicadores que permitam subsidiar as decisões que interferem na determinação social dos problemas de saúde (TESTA, 1989b).

Para Testa (1989b, pg. 280), uma categoria central de análise sobre o planejamento é o tempo, que assume uma função técnica a partir da qual se deve organizar serviços e setores para alterar os resultados de saúde verificados, e também uma função política a partir da qual se devem envidar esforços para a construção de uma consciência sanitária, definida como “... um conhecimento coletivo que conforma uma base comum de problemas distintos...”.

Mario Testa atribui ao Postulado da Coerência o responsável pelo alinhamento do planejamento no tempo delimitado, no qual são confrontados o plano do governo, os métodos empregados para implementá-lo e a organização das instituições para esta implementação (TEIXEIRA, 2010), em uma correlação com o triângulo de governo proposto por Matus (Figura 26).

**Figura 26** – Correlação entre as propostas de Carlos Matus e Mario Testa



Fonte: Elaboração própria, baseada em Paim, 2008

A coerência, portanto, seria principalmente entre a estratégia enquanto fenômeno material que compõe os resultados e ações de saúde, e a programação, enquanto fenômeno conceitual, sobre o qual se busca reproduzir ou transformar a estrutura social relacionada aos problemas de saúde (TESTA, 1989b).

Os atores sociais devem, no processo de planejamento, buscar exercer influência sobre a agenda política do Estado, conformando os planos de governo de acordo com suas prioridades, a partir do pensamento estratégico (TESTA, 2007), e para tanto, mecanismos de monitoramento e avaliação da implementação do plano são relevantes para a efetivação desta participação.

O pensamento estratégico parte do pressuposto de que não é possível isolar os problemas dos contextos e atuar exclusivamente sobre esses problemas, e o processo de planejamento deve ser um meio para "...criar condições de autorregulação e auto-organização do sistema planejado...", sendo, portanto, o planejamento direcionado a subsistemas, a partir dos quais serão implementadas estratégias para dar condições de implementação ao plano (TESTA, 1989, pg. 77).

A proposta de Testa (1989) visa a uma mudança do Estado, com a participação popular no processo de planejamento, tendo sua interferência determinada de acordo com a flexibilidade da organização em se moldar em relação aos instrumentos de planejamento (RIVERA; ARTMANN, 2012).

Na priorização dos problemas, deveriam ser analisadas a quantidade de variáveis que intervém no problema (simples ou complexas) e a relação que liga estas variáveis (definidas ou indefinidas), entendendo ainda que as mesmas variáveis não necessariamente têm as mesmas consequências em diferentes contextos (TESTA, 1989).

Na perspectiva da lógica da programação, Testa (1989b) procura alinhar os objetivos econômicos de destinar quais e que quantidade de recursos financeiros para cada ação

específica, estruturando a correlação existente entre as ações, programas, contextos, processos e objetos materiais, da demanda em saúde à ação concreta para seu atendimento.

A percepção do orçamento de cada ação é importante para que o demandante consiga vincular a proposta ao que será necessário para organizar esta oferta, discriminada pelos insumos, bens de capital e prestação de serviços de cada unidade de saúde, tanto pela função simbólica quanto material dos recursos investidos, e que possa tomar decisões considerando as execuções orçamentárias integrada com demais setores (TESTA, 1989b).

É só a partir de um planejamento de prioridades de demandas a serem atendidas vinculadas a um orçamento, que é possível reservar os recursos necessários (TESTA, 1989b), para que o planejamento em si não seja uma peça de ficção, na qual o gestor, diante da limitação orçamentária ou condicionamento de disponibilidade de recursos de outra esfera ou órgão de gestão, priorize ações para demandas diversas das construídas coletivamente através da participação cidadã.

Os bens de capital podem ser produzidos em território nacional ou internacional, e pelo mercado ou pelo Estado, sendo a relação entre essas duas características determinantes para o recurso financeiro necessário para custear esses bens.

Quando estes bens forem produtos, sua vida útil é uma informação relevante, podendo ser prolongada por meio de manutenção ou reparação, cuja despesa pode ser prevista, ou ainda ser substituído por outro bem, cuja despesa pode ser prevista se estiver no prazo de vida útil ou imprevista se antecipar ao referido prazo.

Quando estes bens forem força de trabalho, é necessário considerar que as atividades realizadas pelos mesmos podem ser, a curto prazo, incrementadas em quantidade, e a longo prazo, reorganizadas em novas relações e práticas de produção com vistas a superação da contradição contida na alienação do trabalho especializado. As forças de trabalho podem ser classificadas de acordo com nível técnico (qualificação) e ramos/divisão social.

As categorias de produto e força de trabalho devem ser compreendidas desde a origem da sua necessidade no funcionamento dos serviços e setores, até em como vem acontecendo as transformações e/ou substituições ao longo do tempo na organização.

Desagregando a força de trabalho, temos as atividades que são desempenhadas, classificadas por Testa (1989b) como finais, intermediárias ou de apoio às atividades finais, e gerais, de apoio às atividades finais e intermediárias. As atividades finais são mais relevantes de serem descritas, delimitadas e orçadas, preferencialmente no período das peças orçamentárias de um ano, e devem se constituir como a unidade da programação.

Testa (1989b) critica como, em alguns casos, as atividades gerais que são comumente as atividades administrativas, e que acabam tendo a centralidade das atenções não por suas relações com as atividades finais, mas pelo poder de elaborar o planejamento orçamentário e financeiro das demais atividades.

Isso pode ser vislumbrado quando se verifica no funcionamento de um sistema local de saúde, a falta de insumos básicos para execução de atividades finalísticas das unidades de saúde, que tem relação com a demanda externa dos usuários, enquanto nas unidades administrativas, que tem relação com demanda interna, o trabalho transcorre sem percalços.

E entre as atividades finais e as gerais, a execução das atividades intermediárias são relegadas a segundo plano, o que pode inviabilizar a maior efetividade das atividades finalísticas, como no mesmo exemplo acima, a ausência de armazenamento e/ou transporte dos insumos básicos.

Para evitar problemas na execução orçamentária, Testa (1989b) sugere o detalhamento de cada uma das atividades necessárias, as informações demográficas e sua relação com a demanda de saúde, voltadas para a execução da ação concreta em resposta a esta demanda, que deve fundamentar a programação dos serviços.

A organização dessa ação concreta pode se dar pela oferta do Estado ou pela busca na solução da demanda, sendo esta última mais complexa para a organização dos serviços e setores, porém mais potente para atingir a finalidade de repartir poder entre quem planeja, quem executa e quem busca as ações de saúde (TESTA, 1989b).

A informação sobre a totalidade da organização dos setores e serviços é fundamental não só para situar quem executa o que, pois mesmo que pontual sua ação é significativa para a solução daquela demanda, como também para quem busca as ações e dá conta de se perceber sujeito tomador de decisões cotidianamente e nos espaços de participação cidadã como as conferências, discutindo a referida organização e como ela impacta na ação concreta.

Frente às dificuldades em se padronizar todo procedimento para solução de problemas, tendo em vista a dinamicidade dos processos sociais, incluindo os de saúde e adoecimento, o conhecimento sobre a totalidade da organização e sua relação com os problemas de saúde se faz ainda mais premente para ajustar as ações a partir do pensamento estratégico (TESTA, 1989b).

O problema em saúde é classificado por Testa (1989b) de acordo com o impacto medido em diferentes níveis de gravidade que esta tem sobre a vida cotidiana dos sujeitos, e os riscos biológicos, culturais e sociais cuja gradação tem relação com maior ou menor impacto.

Ainda que o impacto e o risco não sejam percebidos como tal, ou que sejam percebidos mas não expressos na reivindicação como problema de saúde, Testa (1989b) sugere aprofundar o estudo sobre os problemas, preferencialmente pela voz de quem os vive, para que seja possível dar visibilidade ao que pode ter sido naturalizado pelo processo de construção histórica, mas que repercute em impacto na vida cotidiana.

Para desenhar os problemas de saúde, Testa (1989b) apresenta 3 tipos de diagnósticos, que podem ter como finalidade o incremento da produtividade dos serviços de saúde, a mudança ou reorganização dos mesmos para se ajustar às especificidades; ou a legitimação ou validação perante a sociedade, reforçando o pensamento hegemônico.

Testa (1989b) classificou os diagnósticos em: administrativos, com ações institucionais dirigidas a problemas específicos; estratégicos, com a medição de força entre diferentes atores no jogo social; e ideológicos, com a explicação dos problemas de saúde nas estruturas sociais que os determinam de forma igual para diferentes grupos.

Para Testa (1989b, pg. 222), é no diagnóstico estratégico que se faz possível a mudança ou reorganização do setor e dos serviços, de modo a repartir poder entre esses diferentes atores, fazendo correlação entre “[...] macroconceitos dos processos históricos à especificidade individualizada dos processos patológicos [...]”.

Os indicadores são as informações que constroem as sínteses diagnósticas e podem ser o ponto de partida para a elaboração das programações. Os indicadores, a depender do tipo de diagnóstico, podem ser tradicionais ou estratégicos (TESTA, 1989b).

O acompanhamento dos indicadores tradicionais favorece o planejamento de incremento da oferta de serviços voltado para o estado de doença dos grupos populacionais, que é a finalidade do diagnóstico administrativo, a ser explicado mais adiante, e os que conformam os sistemas de informação em saúde atuais (TESTA, 1989b).

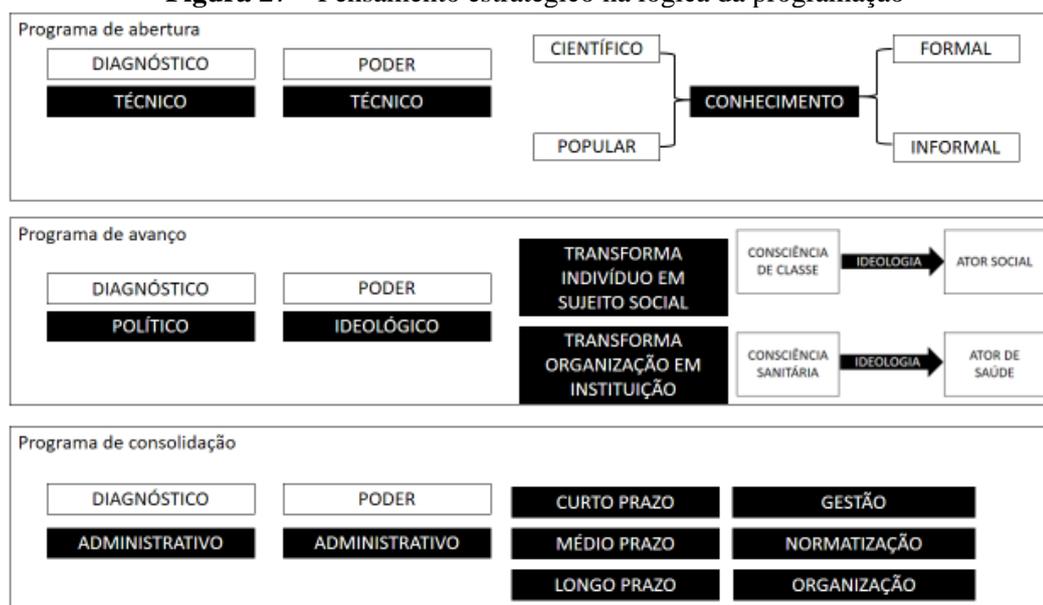
Os indicadores estratégicos, que para Testa (1989b) precisam ser construídos, devem ser a contextualização dos indicadores tradicionais, considerando a relação entre os resultados (estado de saúde e situação epidemiológica) e a estrutura social no qual as pessoas adoecem.

Na construção da programação, são enumerados três programas considerados relevantes para a implementação do planejamento, quais sejam o programa de abertura, que relaciona-se com os espaços sociais globais; o programa de avanço, composto de ações concretas que objetivam a mudança estrutural para resolução dos problemas; e o programa de consolidação, que dentro de cada período de tempo, deve retroalimentar o processo de mudança construído no programa de avanço (TESTA, 1989b).

O apoio à construção da proposta participativa, de caráter pedagógico, para Testa (1989b) contaria com “[...] núcleos de consciência sanitária [...]”, e se daria de forma ascendente, das necessidades da população até a ação concreta, semelhante às propostas de participação cidadã na saúde, tanto nos espaços das conferências quanto na busca do atendimento aos problemas de saúde no território onde as pessoas vivem.

Para tanto, o pensamento estratégico na lógica de programação (Figura 27) apresenta uma estrutura de programas, com as perspectivas e elementos apresentados até o momento da revisão da obra de Testa (1989b), que podem ser implementados de forma sequencial, quais sejam a repartição de poder técnico, considerando outras formas de conhecimento; do poder ideológico, buscando a legitimação na sociedade em prol dos processos de mudança; e do poder administrativo, que elabora, implementa e avalia o planejamento.

**Figura 27** – Pensamento estratégico na lógica da programação



Fonte: Elaboração própria, baseada em Testa (1989; 1989b)

Testa (1989b) não se propõe à substituição da ênfase técnica pela política, como critica no PES de Matus, mas sim incorpora ambas e amplia a participação cidadã, na medida que o próprio planejamento passa a ser uma ferramenta de formação da consciência sanitária que deveria apoiar a participação destes sujeitos e coletivos nos processos decisórios tanto governamentais quanto nas ações e serviços de saúde.

A repartição do poder ideológico se dá tanto internamente ao setor, com a consciência sanitária, quanto externamente com a consciência de classe, e são processos fundamentais para a transformação na estrutura social (TESTA, 1989b).

A proposta de Testa dialoga com os preceitos da participação popular apresentada na subseção 2.5.2 e teve importante influência na conformação da participação cidadã na saúde no Brasil, pois trata-se de privilegiar a construção de uma consciência cívica e fortalecimento da capacidade das pessoas em participar dos processos decisórios e argumentar na defesa de seus interesses.

A reforma sanitária brasileira pode ser analisada como um programa de avanço, onde mudanças estruturais foram realizadas a partir da implementação do Sistema Único de Saúde, e os planos de saúde que devem ter periodicidade quadrienal e tem esse papel de reorganização do sistema periodicamente.

### ***7.2.2 Pesquisa documental do planejamento governamental em saúde***

No Brasil, as leis orgânicas que regulamentaram o funcionamento do SUS indicam as conferências de saúde como a etapa inicial do ciclo de planejamento quadrienal das políticas públicas de saúde nos diferentes territórios (municipal, estadual, distrital e nacional), privilegiando as propostas apresentadas na etapa municipal para o debate nas demais etapas.

Estas conferências devem se configurar como um espaço deliberativo de debate sobre a situação de saúde do território, definição das diretrizes prioritárias e apresentação de propostas de respostas públicas aos problemas de saúde, delimitados por um território e período.

Portanto, são nas conferências que se inicia o planejamento e também se avalia as decisões tomadas a partir dos resultados obtidos no ciclo de planejamento anterior, a experiência vivida na execução do plano, o conhecimento acumulado pela ciência e as demandas específicas dos coletivos representados pelos conferencistas.

Para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, a partir da pesquisa documental dos documentos preparatórios para sua realização, foram identificadas as atividades a serem realizadas e novos documentos a serem produzidos em cada um dos níveis de gestão, iniciando-se com o regimento interno que define a organização das etapas municipais, estaduais, distrital e nacional; a composição da comissão organizadora; os objetivos, temas e eixos temáticos que norteiam os debates e o registro dos produtos das conferências.

As Diretrizes Metodológicas orientam como serão as operações auxiliares relacionadas ao fortalecimento da participação social e qualificação do debate, e a operação principal, que configura-se pela análise da situação de saúde para elaboração das diretrizes, apresentando direcionamento sobre a programação e realização da conferência e regras para aprovação das diretrizes e propostas tanto nos grupos de trabalho quanto nas plenárias finais (Figura 28).

**Figura 28 – Metodologia da 15ª Conferência Nacional de Saúde**

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

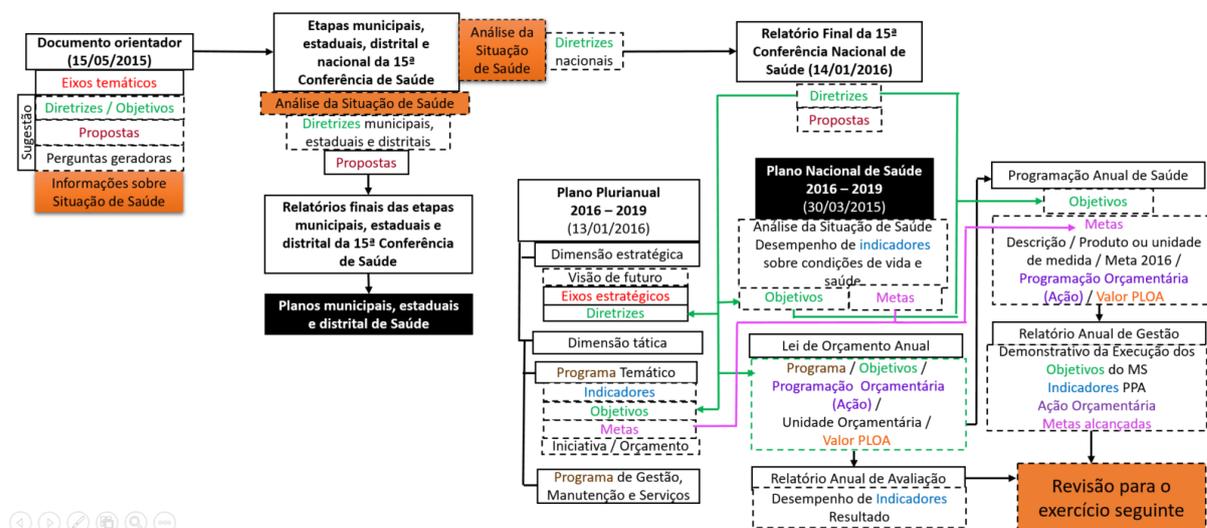
A sistematização do funcionamento da conferência está baseada na preocupação com a viabilidade e acompanhamento posterior das propostas aprovadas e da tentativa de garantir a votação ascendente das demandas, que deveriam ser elaboradas na etapa municipal, não podendo ser acrescentadas novas propostas nas etapas estaduais e nacional (SILVA; LIMA, 2019).

O Documento Orientador de Apoio aos Debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde tem por objetivo fornecer subsídios para as discussões que devem definir a tomada de decisão da participação cidadã nas conferências de saúde, divididas por eixo temático, com contextualização histórica; indicadores de saúde, doenças e agravos e de assistência à saúde; sugestão de propostas e diretrizes; resoluções e moções de apoio e/ou de repúdio do Conselho Nacional de Saúde; e perguntas geradoras para o grupo de trabalho sobre o que vem sendo feito e o que pode ser feito.

O Regulamento da Conferência que deve ser apreciado e aprovado no início de cada etapa, é o contrato entre os participantes que define as regras de apreciação e votação das diretrizes e propostas apresentadas.

E por fim, após os debates, votação e deliberação final das decisões da 15ª Conferência Nacional de Saúde, temos sua síntese no Relatório Final, que é entregue ao gestor federal do SUS e espera-se que as referidas decisões subsidiem a formulação dos instrumentos de planejamento em saúde ao longo do ciclo do planejamento 2016-2019 (Figura 29).

**Figura 29** – Documentos do processo de planejamento governamental em saúde do ciclo de 2016-2019



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

O Plano Plurianual, que é um instrumento de planejamento orçamentário da administração pública, deve incorporar as diretrizes estabelecidas pela sociedade, que são descritos no formato de objetivos e detalhados em metas para o quadriênio, de acordo com programas temáticos como “Fortalecimento do Sistema Único de Saúde”.

Na Lei Orçamentária Anual, que estima receita e fixa despesas para o exercício financeiro, a partir dos objetivos de cada programa do Plano Plurianual é descrita uma ação, fixada uma fonte de despesas, o valor correspondente e o órgão responsável para a execução da ação.

No preâmbulo de cada programa temático do Plano Plurianual, são apresentados indicadores de situação de saúde de uma data de referência com parâmetros definidos do que seria desejável, e as mudanças destes indicadores e das metas estabelecidas no Plano (quadriênio) e na Lei Orçamentária Anual (anualização das metas do plano) são acompanhadas ao longo dos quatro anos pelos Relatórios Anuais de Avaliação. Este relatório também tem registro das recomendações para a melhoria dos resultados dos indicadores e metas alcançadas para o próximo ano do mesmo ciclo de planejamento.

O Plano de Saúde, que já é um instrumento específico do planejamento setorial da saúde e de periodicidade quadriênio, contém contextualização histórica, informações e indicadores da análise de situação de saúde (estrutura do sistema de saúde, panorama demográfico, morbidade e mortalidade, determinantes e condicionantes de saúde, acesso a ações e serviços de saúde e gestão em saúde); programas temáticos do Plano Plurianual, objetivos baseado nas diretrizes

deliberadas no Relatório Final da conferência e metas programadas para o período de quatro anos.

A Programação Anual de Saúde configura-se pela anualização das metas estabelecidas no Plano de Saúde e respectiva programação orçamentária que é identificada por uma codificação e valores estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

A Lei Orçamentária Anual e a Programação Anual de Saúde contêm o detalhamento das metas propostas nos planos plurianual e de saúde, com suas respectivas programações e ações orçamentárias, estabelecendo medidas quantitativas e fixando orçamento financeiro necessário para o cumprimento desta meta e que facilite o monitoramento da execução do plano anualmente.

Os resultados destas metas propostas são apresentados também anualmente nos Relatórios Anuais de Gestão e Relatório de Avaliação Anual, nos quais estes resultados são comparados com a programação para o respectivo período e seu impacto sobre os indicadores da situação de saúde apresentados nos Planos de Saúde e no Planos Plurianual respectivamente.

Os instrumentos de planejamento governamental “Relatório Anual de Gestão” e “Relatório de Avaliação Anual” devem fornecer as informações sobre os resultados das ações executadas, suas respectivas despesas e o impacto nos objetivos e indicadores pactuados nos planos, além de gerar recomendações para o próximo ano em relação às metas não atingidas.

Estes relatórios também permitem criar mecanismos para fomentar o monitoramento da influência do controle social sobre a elaboração dos instrumentos de planejamento (plano de saúde, programação anual de saúde e relatório anual de gestão).

Além do monitoramento do ciclo correspondente, estes resultados e seus indicadores também podem subsidiar a discussão e tomada de decisão da conferência de saúde e dos instrumentos de planejamento do ciclo de planejamento seguinte, à luz das transformações no contexto, parte delas gerada inclusive pela execução do plano.

### ***7.2.3 Síntese das análises e sistematização do fluxo***

Tanto na pesquisa bibliográfica quanto na pesquisa documental, é possível identificar a sistematização de um fluxo do processo decisório da participação cidadã no planejamento governamental em saúde, que se inicia com o levantamento dos problemas, segue com a proposição de meios para a resolução desses problemas e finaliza com uma avaliação dos resultados e da efetividade ou não dos meios propostos em relação aos problemas de saúde que se busca sanar.

Na pesquisa bibliográfica, observa-se que Carlos Matus propõe um modelo geral de planejamento público que permite aos diferentes atores sociais, em especial aos que dominarem as técnicas do PES, se mobilizarem para priorizar seus interesses na arena política de tomada de decisões sobre os problemas a serem resolvidos, e enfatiza a importância de um monitoramento tempestivo de indicadores relevantes para a situação inicial a qual se pretende alterar com a execução do plano para possíveis ajustes.

Mario Testa, em um contexto de revisão crítica do PES, defende a finalidade do planejamento como um processo social de repartição de poder, voltado para problematizar e propor intervenção nos determinantes sociais da desigualdade na distribuição do processo saúde-doença em um determinado território e período de tempo, atuando sobre suas causas e alterando estruturas sociais relacionadas a esses problemas.

Mario Testa também defende o fortalecimento de uma consciência sanitária, a desnaturalização de processos sociais que contribuem para o adoecimento e a transparência total do planejamento, com informações o mais desagregadas possíveis para aproximar os problemas cotidianos do cidadão com as decisões estruturais a serem tomadas no âmbito do planejamento governamental.

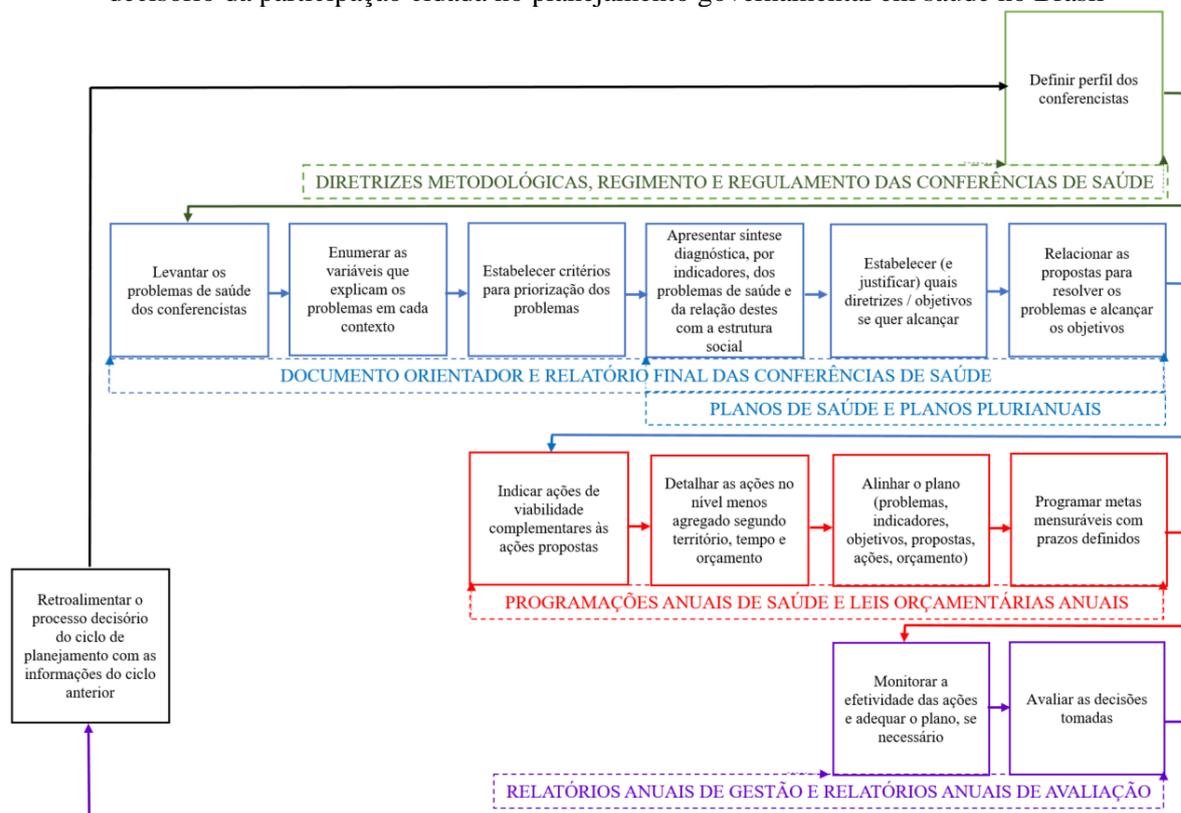
Na pesquisa documental, observa-se um fluxo teoricamente bem definido da análise e debate dos indicadores relacionados à situação de saúde, a definição de diretrizes prioritárias para apontar o direcionamento do plano em relação à qual desfecho se espera, os objetivos traçados neste sentido e as metas programadas para se alcançar os respectivos objetivos. Este fluxo deve ser retroalimentado pela prestação de contas do financiamento das ações e avaliação das mudanças a partir da execução do plano nos indicadores relacionados à situação de saúde inicial.

No ciclo do planejamento governamental cuja documentação foi analisada, as conferências de saúde são os espaços para debater a situação de saúde em toda sua complexidade, devendo considerar os problemas e seus determinantes percebidos pelos conferencistas e/ou coletivos que eles representam nos territórios onde vivem; as políticas, serviços e ações de saúde em execução e o impacto desta nos referidos problemas e as alterações a serem realizadas para que as políticas, serviços e ações sejam resolutivas; e a gestão e organização dos sistemas locais e serviços de saúde.

Neste espaço democrático, deveria ocorrer a síntese do processo de planejamento em saúde, desde a análise dos problemas de saúde até a avaliação do impacto das respostas planejadas nestes problemas e nos seus determinantes, e as pesquisas bibliográfica e documental no domínio do planejamento governamental em saúde subsidiam a apresentação do

fluxo de informações do processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde (Figura 30).

**Figura 30** – Fluxo das informações relevantes e fontes de informação relacionadas para o processo decisório da participação cidadã no planejamento governamental em saúde no Brasil



Fonte: Dados da pesquisa, 2022

## 7.3 Modelo da taxonomia

### 7.3.1 Seleção dos termos gerais e específicos

Para subsidiar os debates nos grupos de trabalho e o documento orientador das conferências de saúde, a Comissão Organizadora da etapa nacional estabelece eixos temáticos a partir dos quais são organizadas tanto as informações sobre situação de saúde quanto sugestões de diretrizes e propostas para o Plano de Saúde.

A partir dos termos mais recorrentes entre os eixos temáticos das conferências de saúde, definidos para a 8ª à 16ª Conferência Nacional de Saúde (1986-2019), período este de implantação e implementação do SUS, no qual se observa a repetição dos temas relevantes para os debates dos conferencistas (Quadro 11), foram elegidos os termos gerais da presente taxonomia, quais sejam: 1. Acesso às ações e serviços de saúde; 2. Ciência e tecnologia em saúde; 3. Controle social; 4. Direito à saúde; 5. Informação e comunicação em saúde; 6.

Financiamento do Sistema Único de Saúde; 7. Gestão do Sistema Único de Saúde; 8. Modelos de atenção integral à saúde; 9. Participação da comunidade; 10. Políticas públicas de saúde; 11. Relação público-privada; e 12. Trabalho e educação em saúde.

**Quadro 11** – Tema central e eixos temáticos das Conferências Nacionais de Saúde

<p><b>8ª CNS (1986)</b>  <b>Eixos temáticos:</b> 1. Saúde como dever do Estado e direito do cidadão; 2. A reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3. O financiamento setorial</p>
<p><b>9ª CNS (1992)</b>  <b>Tema central:</b> Municipalização é o caminho  <b>Eixos temáticos:</b> 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantações do SUS; 3. Controle social; e 4. Outras deliberações e recomendações</p>
<p><b>10ª CNS (1996)</b>  <b>Eixos temáticos:</b> 1. Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; e 6. Atenção integral à saúde</p>
<p><b>11ª CNS (2000)</b>  <b>Tema central:</b> Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social  <b>Eixos temáticos:</b> 1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; e 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social</p>
<p><b>12ª CNS (2003)</b>  <b>Tema central:</b> Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos  <b>Eixos temáticos:</b> 1. Direito à saúde; 2. Seguridade social e saúde; 3. Intersetorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; 5. Organização da atenção à saúde; 6. Controle social e gestão participativa; 6. Trabalho na saúde; 7. Ciência e tecnologia e saúde; 8. Financiamento da saúde; e 9. Informação e comunicação em saúde</p>
<p><b>13ª CNS (2007)</b>  <b>Tema central:</b> Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento  <b>Eixos temáticos:</b> 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, Sociedade e padrões de desenvolvimento; 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e 3. Participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde</p>
<p><b>14ª CNS (2011)</b>  <b>Tema central:</b> Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, política pública, patrimônio do povo brasileiro  <b>Eixos temáticos:</b> 1. Acesso e acolhimento com qualidade – Um desafio para o SUS; - política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade; - participação da comunidade e controle social; e - gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privada; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em saúde)</p>
<p><b>15ª CNS (2015)</b>  <b>Tema central:</b> Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro  <b>Eixos temáticos:</b> 1. Saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; 2. Participação e controle social; 3. Valorização do trabalho e da educação em saúde; 4. Financiamento do SUS e relação público-privada; 5. Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde; 6. Informação, educação e política de comunicação do SUS; 7. Ciência, tecnologia e inovação no SUS; e 8. Reformas democráticas e populares do Estado</p>
<p><b>16ª CNS (2019)</b>  <b>Tema central:</b> Democracia e Saúde  <b>Eixos temáticos:</b> 1. Saúde como direito; 2. Consolidação dos princípios do SUS; e 3. Financiamento do SUS</p> <p><b>Frequência absoluta de menção dos termos e seus respectivos termos equivalentes mais recorrentes (por ordem alfabética):</b> Acesso às ações e serviços de saúde (03); Ciência e tecnologia em saúde (02); Controle social (08); Direito à saúde (07); Financiamento do Sistema Único de Saúde (07); Gestão do Sistema Único de Saúde (06); Informação e comunicação em saúde (02); Modelos de atenção integral à saúde (07); Participação da comunidade (04); Políticas públicas de saúde (05); Relação público-privada (02); e Trabalho e educação em saúde (05).</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quadro 12 – Termos gerais da taxonomia (continua)

<b>Termos gerais da taxonomia</b>	<b>Escopo</b>	<b>Termos relacionados</b>	<b>Termos gerais</b>	<b>Termos específicos</b>
1. Acesso às ações e serviços de saúde	Direito de os indivíduos utilizarem e serem beneficiados de ações e serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Atendimento (sem pagamento direto) das necessidades de saúde em tempo oportuno, resolutivo e delimitado em um território, com qualidade técnica e respeito às especificidades culturais.	Ações e serviços públicos em saúde (ASPS); Atendimento das necessidades de saúde; “Porta de entrada”	Direito à saúde (Universalidade); Necessidades e demandas de serviços de saúde; Redes de Atenção à Saúde	Ações e serviços de atenção especializada; Ações e serviços de atenção primária; Ações e serviços de atenção psicossocial; Ações e serviços de urgência e emergência; Ações e serviços de vigilância em saúde; Critérios e/ou regramentos de acesso
2. Ciência e tecnologia em saúde	Conjunto de ações conexas de produção, difusão e aplicação de conhecimentos em todos os campos do saber, incluindo educação, gestão, informação, normalização, patentes, estudos e outras atividades ligadas à inovação e difusão tecnológica.	Inovação em saúde; Conhecimento científico em saúde	Informação e comunicação em saúde; Trabalho e educação em saúde	Acordos de cooperação; Inovação tecnológica em saúde (alteração de tecnologias no SUS); Pesquisa em saúde; Plataformas tecnológicas; Produtores de ciência e tecnologia em saúde; Tecnologia em saúde (produtos, técnicas e serviços);
3. Controle social	Práticas de participação e fiscalização da população nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS.	Instâncias de controle social	Participação da comunidade; Promoção em saúde	Conselhos de Saúde; Conferências de Saúde; Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena
4. Direito à saúde	Garantia ampla de qualidade de vida, em associação com outros direitos básicos como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança	Qualidade de vida	Direitos fundamentais (CF 1988); Direitos Humanos; Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	Marco regulatório; Princípios constitucionais do SUS; Princípios legais do SUS; Princípios normativos do SUS
5. Financiamento do Sistema Único de Saúde	Financiamento realizado pelas três esferas de governo, com recursos de impostos e contribuições, destinados a ações e serviços públicos em saúde.	Financiamento da Assistência à Saúde	Financiamento de Sistemas de Saúde; Financiamento público em saúde; Gestão do Sistema Único de Saúde	Despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS); Fontes de financiamento; Padrões de gasto; Regras de financiamento; Transferência de recursos públicos
6. Gestão do Sistema Único de Saúde	Conjunto de medidas adotadas para planejar, organizar, fazer funcionar e avaliar o grande número de elementos inter-relacionados do sistema de saúde.	Administração de serviços de saúde	Gestão de sistemas de saúde	Articulação Interfederativa; Avaliação, Auditoria, Controle e Monitoramento; Formulação de políticas; Co-gestão e Gestão Participativa; Gestão Orçamentária-Financeira; Instrumentos de gestão; Logística; Organização do Sistema

**Quadro 12** – Termos gerais da taxonomia (conclusão)

<b>Termos gerais da taxonomia</b>	<b>Escopo</b>	<b>Termos relacionados</b>	<b>Termos gerais</b>	<b>Termos específicos</b>
7. Informação e comunicação em saúde	Promover a participação através de um diálogo entre Estado e sociedade, estimular o debate público, dar transparência às ações e decisões do governo, promover a prestação de contas e favorecer o acesso aos serviços, garantindo direitos sociais.	Comunicação pública	Ciência e Tecnologia em Saúde	Acesso à informação; Classificação de informações em saúde; Comunicação em Saúde; Disseminação de informações; Sistemas de Informação em Saúde
8. Modelos de atenção integral à saúde	Sistemas lógicos que organizam o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da situação demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.	Linhas de Cuidado; Redes Temáticas de Atenção à Saúde; Atenção à Saúde; Modelos de Assistência à Saúde	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; Organização da atenção à saúde	Componentes; Conjunto de Ações e Serviços de Saúde; Pontos de Atenção; Níveis de Atenção
9. Participação da comunidade	Ações de diferentes forças sociais para influenciar formulação, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou de serviços básicos de saúde.	Participação social; Participação popular; Participação cidadã	Direito à Saúde; Participação política	Câmara; Comissão; Comitê; Conferências; Conselho; Fórum; Órgão colegiado; Ouvidoria
10. Políticas públicas de saúde	Definição de objetivos a curto, médio e longo prazo, com conjunto de disposições, medidas e procedimentos, que atuam como resposta social do Estado aos problemas de saúde e seus determinantes sociais, ambientais e culturais, bem como em relação à produção, à distribuição e à regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.	Políticas de saúde	Políticas públicas; Políticas sociais	Documentos de pactuação; Planos de Saúde; Políticas; Programas; Projetos
11. Relação público-privada	De acordo com a Constituição de 1988, a iniciativa privada pode atuar de forma complementar ao sistema público de saúde, comercializando bens e serviços privados ao Estado para que atenda as necessidades de saúde da população, e de forma suplementar, comercializando ao próprio cidadão através de seguros de saúde ou pagamento direto.	Contratação pública	Gestão do SUS; Financiamento do SUS	Defesa do SUS 100% público; Privatização do SUS; Saúde Complementar; Saúde Suplementar; Terceiro Setor
12. Trabalho e educação em saúde	Compreende desde a formação do trabalhador da saúde e construção da consciência sanitária da população, até seu protagonismo na implementação do SUS tal qual proposto.	Recursos humanos em saúde; Gestão de pessoas	Informação e comunicação em saúde; Acesso às ações e serviços de saúde	Ambientes de trabalho em saúde; Demandas do mundo do trabalho; Plataformas de educação em saúde; Modalidades de educação em saúde

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

A partir da definição dos termos acima e leitura exploratória das fontes de informação da pesquisa documental, foram delimitados seus escopos de significado, bem como possíveis termos gerais, específicos e relacionados que constam de documentos analisados (Quadro 12).

Para coletar os termos, inicialmente foram analisados os indicadores de situação de saúde, diretrizes, objetivos, propostas, metas, registradas nas fontes de informação documental apresentadas na subseção 7.1.2.

Foram coletados os termos específicos relacionados aos termos gerais acima apresentados das diretrizes, objetivos, propostas, metas, programação orçamentária e ação orçamentária, dos seguintes documentos: (i) Documento Orientador para realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde (**cor vermelha**), (ii) Relatório Final da 15ª Conferência Nacional de Saúde (cor preta), (iii) Plano de Saúde e Plano Plurianual (**cor azul**); (iv) Lei Orçamentária Anual e Relatório Anual de Avaliação (**cor verde**); e (v) Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão (**cor roxa**), do ciclo de planejamento governamental em saúde de 2016 a 2019 (Quadro 13).

**Quadro 13** – Termos relacionados ao processo decisório da participação cidadã no planejamento em saúde coletados na pesquisa documental, por termos gerais e fonte de informação (continua)

**Termo Geral 1 Acesso às ações e serviços de saúde** → Abastecimento Público de Água; Academias da Saúde; Acesso ao pré-natal para gestantes indígenas; Acompanhamento de crianças indígenas menores de 5 anos pela vigilância alimentar e nutricional; Ações de vigilância em saúde; Ações de vigilância, promoção e proteção à saúde; Ações e Serviços às Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos; Ações intersetoriais; Ações intersetoriais resolutivas; Alimentação e Nutrição para a Saúde; Ambiência de maternidade para atenção humanizada ao parto e nascimento; Apoio ao controle da qualidade da água para consumo humano; Autóctones de malária no Brasil; Atenção básica à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional; Atenção Básica aos educandos do Programa Saúde Na Escola (PSE); Atendimento às Doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências; Atendimento das necessidades de saúde; Atendimento das necessidades de saúde; Atendimento dos riscos e agravos à saúde; Bancos de Leite Humano; Beneficiários do Programa de Banco de Leite Humano no Brasil; Beneficiários do Programa de Volta para Casa; Cardiologia; Casas de Saúde Indígena (CASAI); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III e CAPS AD); Centros de Parto Normal; Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest); Centros Especializados em Reabilitação - CER; Complexo Integrado do Instituto Nacional de Câncer – INCa; Condições de saúde de beneficiários do Programa Bolsa Família; Consultório na Rua; Controle da Doença de Chagas em Habitações; Controle de doenças transmissíveis; Controle da Obesidade; Controle do consumo de frutas e hortaliças regularmente; Controle do consumo regular de refrigerante e suco artificial; Destinação final adequada de dejetos de aldeias indígenas; Domicílios com prevenção e Controle de Doenças e Agravos; Domicílios rurais abastecidos por rede de distribuição ou poço ou nascente com canalização interna, servidos por rede coletora ou fossa séptica, com renda de até 3 salários mínimos mensais; Domicílios urbanos com renda de até 3 salários mínimos; Educação popular em saúde; Equipes de Saúde da Família; Equipes da Estratégia Saúde da Família; Equipe de Saúde de referência no atendimento a adolescentes em conflito com a lei Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar; Estratégia Saúde da Família; Exames citopatológicos para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos; Examinados entre os contatos intradomiciliares registrados do casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes; Hemoterapia e Hematologia; Instituto Nacional de Cardiologia – INC; Institutos de Saúde da Mulher e da Criança e de Infectologia; Intervenção sobre os determinantes socioambientais; Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais; Leitos de UTI, UCI, UCO e Canguru no SUS; Mamografias bilaterais para rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50-69 anos; Maternidade de Referência para Atenção à Gestação de Alto Risco; Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis; Necessidades de saúde; Notificação de casos novos de beribéri; Notificações de reações transfusionais concluídas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Oferta de ações de saúde; Oferta de ações de saúde; Oferta de serviços; Oferta de serviços de saúde; Oficina Ortopédicas; Oncologia; Pessoas vivendo com HIV em tratamento há pelo menos 6 meses com carga viral suprimida; Postos de Coleta Leite Humano; Práticas integrativas e complementares; Prevalência de uso do tabaco; Prevenção às doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências; Prevenção de acidentes; Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis; Prevenção de mortes, doenças, agravos, riscos e vulnerabilidades; Prevenção de riscos e agravos à saúde e seus determinantes sociais; Prevenção de violências; Prevenção dos riscos e agravos à saúde; Procedimentos harmonizados em nível tripartite de acordo com padrões internacionais de referência nas Vigilâncias Sanitárias estaduais e municipais; Projetos de Coleta e Reciclagem de Materiais; Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde; Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos; Promoção do envelhecimento saudável; Promoção do envelhecimento saudável; Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena; Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar diagnosticados; Proteção à saúde; Qualificação do acesso aos serviços de saúde; Radioterapia do Plano de Expansão de Radioterapia; Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde; Redução de riscos e agravos à saúde e seus determinantes sociais; Saneamento Básico em Pequenas Comunidades Rurais ou em Comunidades Tradicionais; Saneamento Básico em Aldeias Indígenas; Saneamento básico nas aldeias indígenas; Saúde Ambiental para Redução dos Riscos à Saúde Humana; Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada; Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde; Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários Federais (Financiamento Partilhado – REHUF); Serviços de Hematologia e Hemoterapia; Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial; Serviços de Centros de Especialidades, Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; Serviços de Drenagem e Manejo das águas pluviais Urbanas para Prevenção e Controle de doenças e agravos; Serviços de Referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual em hospitais de referência do SUS (registro de informações e coleta de vestígios); Serviços de saúde de qualidade em tempo adequado; Serviço Laboratorial de Referência para o Controle de Doenças; Serviços Residenciais Terapêuticos; Sistemas Públicos de Abastecimento de Água; Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário; Sistemas Públicos de Manejo de Resíduos Sólidos; Testagem do material de doação de sangue;

**Quadro 13** – Termos relacionados ao processo decisório da participação cidadã no planejamento em saúde coletados na pesquisa documental, por termos gerais e fonte de informação (continuação)

<p><b>Termo Geral 1 Acesso às ações e serviços de saúde</b> → Testagem para HIV entre casos novos de tuberculose; Transplante de órgãos sólidos e de Doadores efetivos de órgãos; Traumatologia e Ortopedia; Triagem Auditiva Neonatal por meio de equipagem de maternidades no Programa Viver sem Limites; Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil; Unidades de Acolhimento Adulto; Unidades de Atenção Especializada em Saúde; Unidades Básicas de Saúde – UBS; Unidades da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil; Unidades de Pronto Atendimento – UPA; Unidades de Pronto Atendimento; Unidades que realizam acompanhamento multiprofissional das pessoas com Doença Renal Crônica (DCR) nos estágios clínicos IV e V (pré dialítico); Vacinação adequada da vacina Pentavalente em menores de 1 ano; Vacinação do Calendário indígena de vacinação; Veículos adaptados acessíveis para transporte de pessoa com deficiência; Vigilância em saúde; Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos; Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados.</p>
<p><b>Termo Geral 2 Ciência e tecnologia em saúde</b> → Acordo de Compensação Tecnológica (ACT) para construção de fábrica de aceleradores lineares pelo Plano de Expansão da Radioterapia; Atenção de Referência e Pesquisa Clínica em Patologias de Alta Complexidade da Mulher, da Criança e do Adolescente e em Doenças Infecciosas; Centro de Desenvolvimento Tecnológico e de Produção de Insumos para o SUS Centro de Documentação e História da Saúde; Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Belo Horizonte / MG; Ciência e Tecnologia para o fortalecimento do SUS; Complexo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde e Produção de Imunobiológicos da Fiocruz no Ceará; <b>Complexo Industrial da saúde</b>; Complexo Industrial da Saúde (PROCIS); Complexo Médico Industrial; Desenvolvimento de plataforma tecnológica do Brasil; Desenvolvimento de projetos de pesquisa; Desenvolvimento Tecnológico e Inovação para a Prevenção e Vigilância de Doenças Transmissíveis e na Resposta às Emergências; Elaboração de Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do Programa Viver sem Limites; Elaboração e/ou revisão de Protocolos Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); Equipamentos de saúde; Equipamentos de saúde; Fomento à Pesquisa e Desenvolvimento de Tecnologias Alternativas Regionalizadas, com vistas à Sustentabilidade dos Serviços e Ações de Saúde Ambiental; Fomento às pesquisas científicas, tecnológicas e inovação voltadas para a melhoria das condições de saúde e ferramentas de gestão, regulação e atenção à saúde no SUS; Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças; Incorporação de resultados de pesquisas nos serviços e ações de saúde; Incorporação de tecnologias reconhecidamente efetivas (tempo); Incorporação de Tecnologias de Saúde no Âmbito do SUS; Inovação e Produção de Insumos Estratégicos para a Saúde; <b>Inovação em saúde</b>; Insumos; Internalizações de tecnologias no SUS por meio de Parcerias de Cooperação Técnica Nacional e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde; Manutenção do Parque Produtivo; Materiais; Materiais; Medicamentos; Medicamentos; Medicamentos no âmbito do SUS; Parceria de Desenvolvimento Produtivo (PDP); Parcerias de Desenvolvimento Produtivo, incluindo parcerias de pesquisa, desenvolvimento e inovação (P,D&amp;I); Parques Produtivos; Patrimônio Histórico e Cultural de Ciência e da Saúde na Fiocruz; Pesquisas, Ensino e Inovações Tecnológicas Biomédicas e em Medicina Tropical e Meio Ambiente; Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para o SUS; Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde; Pesquisas na área de meio ambiente e medicina tropical; Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS; Plataformas para o Desenvolvimento Tecnológico em Saúde; Pólo de Biotecnologia da Fiocruz em Porto Velho / RO; Processo de transferência de tecnologias do hemoderivados a serem produzidos pela Hemobrás; <b>Produção de conhecimento científico e tecnológico</b>; <b>Produção de conhecimento científico e tecnológico</b>, análises de situação de saúde; Produção Nacional de Insumos Indispensáveis; <b>Produção de Fármacos, Medicamentos e Fitoterápicos</b>; <b>Produção de tecnologias estratégicas</b>; <b>Produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS</b>; Realização de pesquisas nos estabelecimentos de saúde do SUS; Reavaliação de ingredientes ativos de produtos agrotóxicos já registrados de acordo com novos indícios de risco à saúde humana; Registro de medicamentos genéricos inéditos; Sistema de Ética em Pesquisa com Seres Humanos; Soberania nacional de tecnologias estratégicas e da inovação em saúde; Tecnologias de promoção, diagnóstico, prevenção, tratamento e recuperação da saúde; Unidades Administrativas da Fiocruz; Unidades da Fundação Oswaldo Cruz; <b>Uso racional de medicamentos</b>; Vacinas.</p>
<p><b>Termo Geral 3 Controle social</b>  Apoio aos entes da federação para que tenham Conselho de Saúde em funcionamento; Apoio aos entes da federação para que tenham Conselho de Saúde legalmente instituídos; <b>Caráter deliberativo dos conselhos de saúde</b>; Construção coletiva na gestão dos serviços de saúde; <b>Controle social da saúde dos povos indígenas</b>; Estruturação do controle social de acordo com legislação; <b>Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde</b>; Instâncias de controle social; <b>Instâncias de controle social</b>; <b>Instâncias de controle social</b>; Práticas de Controle Social</p>

**Quadro 13** – Termos relacionados ao processo decisório da participação cidadã no planejamento em saúde coletados na pesquisa documental, por termos gerais e fonte de informação (continuação)

<p><b>Termo Geral 4 Direito à saúde</b> → Agenda Regulatória da Anvisa; Condições e qualidade de vida; Defesa incondicional do SUS de acordo com texto constitucional; Descentralização dos debates sobre o SUS, saúde e direito dos usuários; Direito à saúde; <b>Direito dos cidadãos</b>; Diminuição da pobreza; Justiça fiscal para distribuição de renda; Garantia de acesso; <b>Garantia de acesso</b>; Humanização; <b>Humanização</b>; Marco regulatório da Saúde Suplementar; <b>Marco regulatório da vigilância sanitária</b>; <b>Marco regulatório da vigilância sanitária</b>; Marco regulatório da vigilância sanitária; <b>Oferta dos serviços de saúde em tempo adequado</b>; <b>Princípio da equidade</b>; <b>Princípio da integralidade</b>; Princípios de integralidade, universalidade e equidade; Qualidade de vida da população; Redução das desigualdades sociais; Reforma tributária; Saúde como direito de todos e dever do Estado; <b>Serviço com ênfase na humanização e na equidade</b>;</p>
<p><b>Termo Geral 4 Financiamento do Sistema Único de Saúde</b> → Apoio aos estados, municípios e distrito federal para que 100% dos Fundos de Saúde sejam instituído por lei e estejam em funcionamento; Aquisição de Insumos Estratégicos para Saúde (IES); <b>Aquisição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica</b>; Aquisição de medicamentos produzidos pela rede de laboratórios públicos destinados ao tratamento de doença de perfil endêmico selecionadas; Aquisição de 100% dos imunobiológicos de responsabilidade do Ministério da Saúde; <b>Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa)</b>; Centro de Processamento Final de Imunobiológicos; Critérios de rateio entre os entes federados a partir das responsabilidades sanitárias; Custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192; <b>Desenvolvimento e Fortalecimento da Economia da Saúde para o Aperfeiçoamento do SUS</b>; Disponibilização de medicamentos e insumos estratégicos adquiridos pelo Ministério da Saúde; Disponibilização de medicamentos para atendimento aos pacientes portadores de doenças hemorrágicas hereditárias; Disponibilização de plasma para uso industrial e produção de medicamentos hemoderivados da Hemobrás; Emendas individuais, considerando pactuação de critérios para projetos prioritários, eficiência dos investimentos e sustentabilidade do SUS; Financiamento estável e sustentável; <b>Financiamento estável e sustentável</b>; <b>Financiamento estável e sustentável</b>; Investimento em inovação tecnológica; Financiamento para expansão das equipes de saúde da família; <b>Financiamento tripartite</b>; Financiamento tripartite; <b>Financiamento tripartite</b>; Incentivo Financeiro às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais; Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária; Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde; Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Co-pagamento; Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Gratuidade; Modalidades de repasse de recursos, induzindo linhas de cuidado integral para acesso às especialidades; <b>Padrão de gasto</b>; Padrão de gasto; <b>Padrão de gasto</b>; Piso de Atenção Básica Fixo; Piso de Atenção Básica Variável; <b>Processo de transferência de recursos</b>; Processos de transferência de recursos; <b>Processos de transferência de recursos</b>; Suplementação de crianças de 6 a 48 meses com sachês de vitamina e mineral, por meio do NutriSUS nas creches do Programa Saúde na Escola.</p>
<p><b>Termo Geral 6 Gestão do Sistema Único de Saúde</b> → Administração da Unidade; Aldeias Indígenas; Apoio à Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico em Municípios de até 50.000 habitantes; Apoio aos entes da Federação para que tenham Plano de Saúde; Apoio à Implantação e Manutenção dos Sistemas de Saneamento Básico e Ações de Saúde Ambiental; Apoio ao Controle de Qualidade da Água para Consumo Humano e Controle de Doenças e Agravos; Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS; <b>Apoio interfederativo, qualificação dos investimentos e da indução dos resultados</b>; Articulação e Cooperação Interfederativa e da Gestão Compartilhada do SUS; <b>Articulação dos gestores do SUS de ações complementares e especializadas com atenção básica à saúde indígena</b>; Articulação entre níveis de atenção; <b>Atuação do gestor federal do SUS</b>; Atuação Internacional do Ministério da Saúde; Auditoria do Sistema Único de Saúde; Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado de São Paulo; Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil; Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde; Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Espaços estratégicos de gestão participativa; <b>Especificidades regionais</b>; Especificidades regionais; <b>Formulação de políticas públicas</b>; Fortalecimento da Assistência Farmacêutica pública nas 3 esferas de gestão; Fortalecimento da Assistência Farmacêutica pública nos 3 níveis de assistência; Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; Gestão compartilhada nas regiões de saúde; <b>Gestão compartilhada nas regiões de saúde</b>; Implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) nas regiões de saúde; Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde; Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde; <b>Instrumentos de gestão</b>; Manutenção das Unidades de Saúde; Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS;</p>

**Quadro 13** – Termos relacionados ao processo decisório da participação cidadã no planejamento em saúde coletados na pesquisa documental, por termos gerais e fonte de informação (continuação)

<p><b>Termo Geral 6 Gestão do Sistema Único de Saúde</b> → Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes; Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS; Pagamento de Pessoal Ativo da União; Práticas de Gestão Participativa; Qualidade de Produtos e Insumos de Saúde; Qualificação da Atenção à Saúde e Gestão do SUS; Redes de atenção à saúde; Redes regionalizadas; Regiões de Saúde; Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE); Regiões Metropolitanas; Relação federativa - Regiões de saúde; Relação Interfederativa; Responsabilidade dos entes federativos; Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; Transparência e moralidade na gestão pública.</p>
<p><b>Termo Geral 7 Informação e comunicação em saúde</b> → Acesso à informação por meios de comunicação, mídias comunitárias e redes virtuais sobre gestão do SUS para o controle social e sociedade; Cartão Nacional de Saúde; Comunicação do sistema de informação em um fluxo de informação entre os serviços de saúde; Comunicação e Informações para a Educação em Saúde e em Ciência e Tecnologia; Comunicação entre os serviços da rede de atenção; Democratização do acesso à informação; Democratização da mídia; Disseminação de análises de situação de saúde e inovação em saúde; Disseminação de experiências exitosas, diversidades regionais e étnico-culturais e pessoas com deficiência; Disseminação do conhecimento científico, tecnológico e popular; Disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde e inovação em saúde; Disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análise de situação de saúde e da inovação em saúde; Estratégias de comunicação de valorização do SUS; Estratégias de comunicação de valorização do SUS; Fortalecimento dos Sistemas de Informação em Saúde; Informações para Centros de Inteligência de suporte às decisões dos gestores públicos e decisões clínicas dos profissionais de saúde; Modernização e Desenvolvimento de Sistemas de Informação da FUNASA; Núcleo de Economia, Informação, Monitoramento e Avaliação em Saúde em cada região do país; Operação do Canal Saúde; Preservação, Organização, Disseminação e Acesso ao Conhecimento e ao Patrimônio Cultural da Saúde; Publicidade de Utilidade Pública; Qualidade e transparência da informação; Registro Eletrônico de Saúde (RES); Registro Individualizado de Saúde; Sistema de Informação para Saúde Suplementar; Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde (e-Saúde); Transparência da informação; Transparência informacional; Transparência informacional.</p>
<p><b>Termo Geral 8 Modelos de atenção integral à saúde</b> → Articulação da atenção básica, redes temáticas e rede de atenção à saúde; Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil; Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade; Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde; Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas; Atenção básica à saúde dos povos indígenas; Atenção Básica como ordenadora do sistema de saúde; Atenção de qualidade no SUS; Atenção odontológica na atenção básica; Cuidado integral; Cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto, idoso); Cuidado integral às pessoas em situações de vulnerabilidade, especificidades e diversidade; Cuidado integral e de qualidade; Desmedicalização dos corpos; Diversidade ambiental, social e sanitária das regiões de saúde; Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental; Fluxo de referência e contrarreferência; Práticas de saúde e saberes tradicionais dos / para os povos indígenas; Qualidade na atenção à saúde; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Rede Cegonha; Rede Cegonha; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.</p>
<p><b>Termo Geral 9 Participação da comunidade</b> → Articulação com movimentos sociais; Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN); Canais de interação com a população; Canais de interação com usuário; Canais de interação com usuários; Comitês de políticas de promoção de equidade em saúde para populações em situação de vulnerabilidade social; Espaços de participação social; Ouvidorias do SUS; Participação ativa do usuário; Participação social em todas as políticas públicas.</p>
<p><b>Termo Geral 10 Políticas públicas de saúde</b> → Aqui tem Farmácia Popular; Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS; Formulação de políticas para defesa dos direitos da cidadania e bem comum; Fortalecer o SUS como política pública; Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental; Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Integralidade da assistência; Plano de Expansão de Radioterapia; Plano Nascer Saudável na Saúde Suplementar; Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; Política de Atenção Ambulatorial; Política de Atenção Básica; Política de Atenção Básica; Política de Atenção Básica e Especializada, Ambulatorial e Hospitalar; Política de Atenção Especializada; Política de Atenção Hospitalar; Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; Política de Educação Permanente; Política de Informação, Educação e Comunicação em Saúde; Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Política Nacional de Humanização – PNH; Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica;</p>

**Quadro 13** – Termos relacionados ao processo decisório da participação cidadã no planejamento em saúde coletados na pesquisa documental, por termos gerais e fonte de informação (conclusão)

<p><b>Termo Geral 10 Políticas públicas de saúde</b> → Política para Comunidades rurais e tradicionais; Política para pessoas portadoras de doenças raras; Política para pessoas com deficiência; Política sobre questões de Gênero; Políticas de Atenção à Saúde; Políticas de Promoção da Equidade; Políticas de promoção da equidade; Políticas industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde; Políticas para minorias étnico-raciais, comunidades tradicionais, identidade de gênero LGBT; Políticas para população em vulnerabilidade social; Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS); Programa Academia da Saúde; Programa Banco de Leite Humano no Brasil; Programa de Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS); Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde); Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica; Programa de Volta para Casa – PVC; Programa Mais Médicos; Programa Mais Médicos; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica –PMAQ-AB); Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS); Programa RequalificaUBS; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Viver sem Limites; Revisão dos critérios da Política Nacional de Atenção Básica (diversidade geográfica, composição de profissionais e perfil epidemiológico).</p>
<p><b>Termo Geral 11 Relação público-privada</b> → Balança comercial brasileira (com importação de medicamentos); Contra todas as formas de privatização e parcerias público-privadas e/ou estrangeiras; Defesa do SUS 100% estatal; Desenvolvimento sustentável da Saúde Suplementar; Estimular adesão à novos modelos assistenciais ofertados pela Saúde Suplementar; Estimular adesão ao Plano Nascer Saudável pela Saúde Suplementar; Fiscalização e apoio da gestão da Saúde Suplementar; Índice de Desempenho da Saúde Suplementar; Pesquisa e Desenvolvimento nas Organizações Sociais; Preço médio de aquisições contratuais baseadas em Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo; Qualificação da Regulação e Fiscalização da Saúde Suplementar; Ressarcimento de planos de saúde ao SUS em decorrência de internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais especializados; Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais.</p>
<p><b>Termo Geral 12 Trabalho e educação em saúde</b> → Ambientes de trabalho saudáveis e promotores de bem estar; Benefícios assistenciais de servidores ativos e inativos (auxílios funeral, natalidade, transporte, alimentação, moradia; assistências médica, odontológica, pré-escolar; previdência; capacitação); Capacitação de conselheiros de saúde em gestão participativa e controle social no SUS; Capacitação de lideranças de movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS; Demandas do mundo do trabalho na área da saúde; Demandas do mundo do trabalho na área da saúde; Democratização das relações de trabalho; Democratização das relações de trabalho; Desprecarização e a democratização das relações de trabalho; Desprecarização e valorização do trabalho em saúde; Desprecarização, valorização e qualificação do trabalho na saúde; Direitos sociais conquistados dos trabalhadores de saúde; Educação e Formação em Saúde; Educação em Saúde voltada para o Saneamento Ambiental; Educação na perspectiva da construção coletiva e dialógica; Espaços de diálogo e formação com parteira de comunidade quilombolas, com distribuição de kits e seminários com gestores, profissionais de saúde e lideranças das comunidades; Espaços de negociação permanente; Formação, educação permanente e qualificação dos trabalhadores do SUS; Formação, educação permanente, qualificação e valorização dos trabalhadores; Formação, educação permanente, qualificação e valorização dos trabalhadores; Formação técnica e processos de qualificação como profissionais de saúde para jovens beneficiados; Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); Política de educação permanente; Pró-Residência; Produção do cuidado; Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde); Protagonismo dos trabalhadores; Qualificação de profissionais de saúde com foco na atenção básica, nas redes e programas prioritários; Qualificação de profissionais de saúde por instituições públicas de ensino; Regulação do trabalho em saúde; Regulação do trabalho em saúde; Residências Profissionais de Saúde; Vivências e Experiências na Realidade do SUS (VER-SUS).</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

### **7.3.2 Padronização semântica dos termos**

Para padronização semântica dos 464 termos coletados (termos simples, compostos e em extratos de frases), foram sistematizadas as características principais em nota de escopo, para que fosse possível estabelecer a relação entre os diferentes termos.

A partir da elaboração da nota de escopo (Apêndice) dos termos apresentados no Quadro 12, houveram mudanças de posição de alguns termos em relação aos termos gerais correspondentes e acrescentados termos que se relacionavam intrinsecamente para sua compreensão, bem como a busca pela representação de todos estes termos em uma minuta da taxonomia.

No entanto, compreendendo que o objetivo da taxonomia é apresentar termos que permitam a classificação das informações contidas nos documentos que compõem o processo de planejamento governamental em saúde, ao incorporar todos os termos coletados, pode-se recorrer às mesmas dificuldades encontradas para recuperar as informações.

Foram excluídos termos específicos que eram explicativos em relação ao seu termo geral, reposicionados termos que estavam no mesmo nível, mas que tinham relação de subordinação, incluídos novos termos para desmembrar termos gerais compostos, entre outros recursos para simplificar a minuta da taxonomia sem deixar de representar as informações relevantes contidas nas fontes de informação documentais.

### **7.3.3 Estruturação funcional do modelo**

A estruturação funcional do modelo, a partir dos atributos definidos para cada um dos termos, ocorreu utilizando-se uma apropriação do campo da tecnologia de “engenharia reversa”. Esta consiste em gerar um modelo conceitual com detalhamento das suas partes, atributos e/ou etapas partir de um processo e/ou produto já finalizado, que contribua para várias finalidades incluindo a criação de um novo modelo (SIMÃO, 2021).

Desta forma, partiu-se dos atributos discriminados na nota de escopo dos termos coletados dos documentos analisados para elaboração da minuta de taxonomia, que buscasse classificar em relações hierárquicas a totalidade dos referidos termos. Em seguida, procedeu-se a elaboração de minuta que representasse de forma sintetizada em até cinco níveis, de acordo com 12 termos gerais, os 832 termos que foram definidos após exaustiva análise do fluxo do processo decisório, das fontes de informação documentais e da nota de escopo.

A necessidade da síntese reestruturando a minuta da taxonomia fez-se necessário para que a mesma pudesse representar as informações contidas nos documentos relacionados com

capacidade de subsidiar o processo decisório da participação cidadã sobre o processo de planejamento no âmbito das conferências de saúde. A seguir, apresenta-se a referida taxonomia em formato de lista e com numerais cardinais do sistema decimal {0,1,2,3,4,5,6,7,8,9} indicando sua posição na estrutura.

1. Acesso às ações e serviços de saúde
  - 1.1. Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)
    - 1.1.1. Ações de Saúde Complementar
      - 1.1.1.1. Ações de atenção especializada
      - 1.1.1.2. Ações de atenção primária à saúde
      - 1.1.1.3. Ações de atenção psicossocial
      - 1.1.1.4. Ações de urgência e emergência
      - 1.1.1.5. Ações de vigilância em saúde
    - 1.1.2. Ações públicas de saúde
      - 1.1.2.1. Ações de atenção especializada
      - 1.1.2.2. Ações de atenção primária à saúde
      - 1.1.2.3. Ações de atenção psicossocial
      - 1.1.2.4. Ações de urgência e emergência
      - 1.1.2.5. Ações de vigilância em saúde
    - 1.1.3. Serviços de Saúde Complementar
      - 1.1.3.1. Serviços de atenção especializada
      - 1.1.3.2. Serviços de atenção primária à saúde
      - 1.1.3.3. Serviços de atenção psicossocial
      - 1.1.3.4. Serviços de urgência e emergência
      - 1.1.3.5. Serviços de vigilância em saúde
    - 1.1.4. Serviços públicos de saúde
      - 1.1.4.1. Serviços de atenção especializada
      - 1.1.4.2. Serviços de atenção primária à saúde
      - 1.1.4.3. Serviços de atenção psicossocial
      - 1.1.4.4. Serviços de urgência e emergência
      - 1.1.4.5. Serviços de vigilância em saúde
  - 1.2. Ações e Serviços de Saúde Suplementar
    - 1.2.1. Ações de saúde de pagamento direto
    - 1.2.2. Ações de planos de saúde (TR: Rol de procedimentos e eventos em saúde / ANS)
      - 1.2.2.1. Procedimentos cirúrgicos e invasivos
      - 1.2.2.2. Procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares
      - 1.2.2.3. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos
      - 1.2.2.4. Procedimentos gerais
    - 1.2.3. Serviços de saúde de pagamento direto
    - 1.2.4. Serviços privados de planos de saúde
  - 1.3. Produtos de saúde [TR: Materiais; Bens de saúde]
    - 1.3.1. Aparelho de uso/aplicação médica, odontológica ou laboratorial
    - 1.3.2. Artigo de uso/aplicação médica, odontológica ou laboratorial
    - 1.3.3. Equipamentos médico-hospitalares
    - 1.3.4. Imunobiológicos
      - 1.3.4.1. Vacinas
    - 1.3.5. Insumos
    - 1.3.6. Materiais especiais

- 1.3.7. Materiais médico-hospitalares
  - 1.3.8. Medicamentos
  - 1.3.9. Órteses
  - 1.3.10. Plantas medicinais
  - 1.3.11. Princípio ativo
  - 1.3.12. Processos
  - 1.3.13. Próteses
  - 1.3.14. Sistemas de uso/aplicação médica, odontológica ou laboratorial
2. Ciência e tecnologia em saúde
- 2.1. Ciência em saúde
    - 2.1.1. Produção de conhecimento científico e tecnológico
      - 2.1.1.1. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT)
      - 2.1.1.2. Diretrizes Nacionais / Brasileiras
      - 2.1.1.3. Guias
      - 2.1.1.4. Linhas de Cuidado
      - 2.1.1.5. Pesquisas nos estabelecimentos de saúde
      - 2.1.1.6. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)
      - 2.1.1.7. Protocolos Terapêuticos
    - 2.1.2. Sistema CEP/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
      - 2.1.2.1. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)
      - 2.1.2.2. Comissões de Ética em Pesquisa (CEP)
  - 2.2. Tecnologia em saúde
    - 2.2.1. Acordo de Cooperação Técnica e/ou Tecnológica
      - 2.2.1.1. Cooperação Técnica e/ou Tecnológica Nacional
      - 2.2.1.2. Cooperação Técnica e/ou Tecnológica Internacional
    - 2.2.2. Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)
      - 2.2.2.1. Avaliação de ações de saúde
      - 2.2.2.2. Avaliação de serviços de saúde
      - 2.2.2.3. Avaliação de produtos de saúde
    - 2.2.3. Complexo Industrial da Saúde (CIS)
      - 2.2.3.1. Academia
      - 2.2.3.2. Indústria
      - 2.2.3.3. Governo
    - 2.2.4. Fomento ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
      - 2.2.4.1. Acordo de Compensação Tecnológica (ACT)
      - 2.2.4.2. Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde (ETECS)
      - 2.2.4.3. Medidas de Compensação na Área da Saúde (MECS)
      - 2.2.4.4. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)
      - 2.2.4.5. Pesquisa e Desenvolvimento de Tecnologias Alternativas Regionalizadas
    - 2.2.5. Incorporação de tecnologias no SUS [TR: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC]
      - 2.2.5.1. Incorporação de ações de saúde
      - 2.2.5.2. Incorporação de serviços de saúde
      - 2.2.5.3. Incorporação de produtos de saúde
    - 2.2.6. Soberania nacional de tecnologias estratégicas e da inovação em saúde
3. Controle social
- 3.1. Caráter deliberativo do Controle Social

- 3.1.1. Conferências de Saúde
  - 3.1.1.1. Documento Orientador
  - 3.1.1.2. Relatório Final
- 3.1.2. Conselhos de Saúde
  - 3.1.2.1. Moções
  - 3.1.2.2. Recomendações
  - 3.1.2.3. Resoluções
- 3.2. Instâncias de controle social
  - 3.2.1. Conferências de Saúde
    - 3.2.1.1. Conferência Distrital de Saúde Indígena
    - 3.2.1.2. Conferência Estadual de Saúde
    - 3.2.1.3. Conferência Livre
    - 3.2.1.4. Conferência Municipal de Saúde
    - 3.2.1.5. Conferência Nacional de Saúde
    - 3.2.1.6. Conferência Nacional de Saúde Indígena
  - 3.2.2. Conselhos de Saúde
    - 3.2.2.1. Conselho Estadual de Saúde
    - 3.2.2.2. Conselho Municipal de Saúde
    - 3.2.2.3. Conselho Nacional de Saúde
    - 3.2.2.4. Conselhos locais de saúde (CLS)
    - 3.2.2.5. Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI)
    - 3.2.2.6. Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI)
    - 3.2.2.7. Fórum dos Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI)
- 3.3. Sistemas de informação para o controle social
  - 3.3.1. Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)
    - 3.3.1.1. Caracterização dos conselhos de saúde
    - 3.3.1.2. Funcionamento dos conselhos de saúde
    - 3.3.1.3. Representantes dos conselhos de saúde
  - 3.3.2. Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS)
    - 3.3.2.1. Relatório Anual de Gestão (RAG)
  - 3.3.3. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)
    - 3.3.3.1. Aplicação de percentual mínimo de recursos públicos em saúde
    - 3.3.3.2. Despesas públicas com saúde
    - 3.3.3.3. Receitas públicas totais em saúde
- 4. Direito à saúde
  - 4.1. Agenda regulatória (AR)
    - 4.1.1. Agrotóxicos
      - 4.1.1.1. Reavaliação de agrotóxicos
    - 4.1.2. Alimentos
    - 4.1.3. Cosméticos
    - 4.1.4. Farmacopeia
    - 4.1.5. Insumos farmacêuticos
    - 4.1.6. Laboratórios clínicos
    - 4.1.7. Medicamentos
      - 4.1.7.1. Uso racional de medicamentos
    - 4.1.8. Portos, aeroportos e fronteiras
    - 4.1.9. Produtos para a saúde
    - 4.1.10. Saneantes

- 4.1.11. Sangue, tecidos e órgãos
- 4.1.12. Serviços de interesse para a saúde
- 4.1.13. Serviços de saúde
- 4.1.14. Tabaco
- 4.1.15. Temas transversais
- 4.2. Direito à alimentação e nutrição
  - 4.2.1. Legislações específicas (Lei 8080/1990, 11265/2006)
  - 4.2.2. Portarias ministeriais (Portaria 2715/2011)
- 4.3. Direito ao acesso às ações e serviços de saúde
  - 4.3.1. Carta dos direitos e deveres dos usuários da saúde (Portaria 1820/2009)
  - 4.3.2. Constituição Federal de 1988
  - 4.3.3. Declaração Universal dos Direitos Humanos
  - 4.3.4. Legislação específica (Lei 8080/1990)
  - 4.3.5. Projetos de Lei
- 4.4. Direito à informação
  - 4.4.1. Legislação específica (Lei 12527/2011)
- 4.5. Direitos sociais dos trabalhadores
  - 4.5.1. Constituição Federal de 1988
  - 4.5.2. Legislação Específica (CLT; Lei 8112/1990, 6367/1976 e 8270/1991)
  - 4.5.3. Decretos presidenciais (Decreto 3048/1999)
- 4.6. Financiamento de ações e serviços públicos de saúde (ASPS)
  - 4.6.1. Emenda Constitucional 29/2000
  - 4.6.2. Emenda Constitucional 95/2016
  - 4.6.3. Legislação específica (Leis 8080, 8142/1990 e 141/2012)
- 4.7. Gestão do SUS
  - 4.7.1. Constituição Federal de 1988
  - 4.7.2. Decretos (Decreto 7508/2011)
  - 4.7.3. Legislação específica (Lei 8080/1990)
  - 4.7.4. Portarias ministeriais (Portarias de Consolidação 01 a 06/2017 e alterações)
- 4.8. Justiça fiscal
  - 4.8.1. Reforma tributária
- 4.9. Agenda 2030
  - 4.9.1. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS/ONU)
- 4.10. Participação da comunidade
  - 4.10.1. Legislação específica (Leis 8142/1990 e 141/2012)
- 4.11. Planejamento do SUS
  - 4.11.1. Constituição Federal de 1988
  - 4.11.2. Decretos (Decreto 7508/2011)
  - 4.11.3. Legislação específica (Lei 8080/1990 e 141/2012)
- 4.12. Saúde Suplementar [TR: Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS]
  - 4.12.1. Instruções normativas
  - 4.12.2. Legislação
  - 4.12.3. Portarias ministeriais
  - 4.12.4. Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC)
  - 4.12.5. Resoluções de diretoria
  - 4.12.6. Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Suplementar
  - 4.12.7. Resoluções normativas
  - 4.12.8. Resoluções operacionais
  - 4.12.9. Súmulas normativas

5. Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)
  - 5.1. Despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS)
    - 5.1.1. Ações de apoio administrativo nas instituições públicas do SUS
    - 5.1.2. Atenção integral e universal à saúde
    - 5.1.3. Capacitação do pessoal da saúde
    - 5.1.4. Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade
    - 5.1.5. Gestão do SUS
    - 5.1.6. Investimento na rede física do SUS
    - 5.1.7. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetor de doenças
    - 5.1.8. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos do SUS
    - 5.1.9. Remuneração do pessoal ativo da área da saúde, incluído encargos sociais
    - 5.1.10. Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e comunidades remanescentes de quilombos
    - 5.1.11. Saneamento básico de domicílios e pequenas comunidades
    - 5.1.12. Vigilância em saúde
  - 5.2. Fontes de financiamento
    - 5.2.1. Emendas Parlamentares
    - 5.2.2. Recursos próprios
    - 5.2.3. Ressarcimento da Saúde Suplementar ao SUS
  - 5.3. Orçamento Público
    - 5.3.1. Despesas com saúde
      - 5.3.1.1. Amortização / refinanciamento da dívida
      - 5.3.1.2. Despesas correntes
      - 5.3.1.3. Despesas de capital
      - 5.3.1.4. Despesas de custeio
      - 5.3.1.5. Inversões financeiras
      - 5.3.1.6. Investimentos
      - 5.3.1.7. Juros e encargos da dívida
      - 5.3.1.8. Pessoal e encargos sociais
      - 5.3.1.9. Reserva de contingência
    - 5.3.2. Programa
      - 5.3.2.1. Ação Orçamentária
      - 5.3.2.2. Programação Orçamentária
  - 5.4. Padrão de gastos em saúde
    - 5.4.1. Gasto privado em saúde
    - 5.4.2. Gasto público em saúde
    - 5.4.3. Gastos público em saúde em % do gasto público total
    - 5.4.4. Gasto público em saúde em % do PIB
    - 5.4.5. Gasto público em saúde *per capita*
  - 5.5. Sistemas de informação para o financiamento da saúde
    - 5.5.1. Núcleo de Economia da Saúde (NES)
    - 5.5.2. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS (SIGTAP)
    - 5.5.3. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)
  - 5.6. Transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde
    - 5.6.1. Controle de repasse
    - 5.6.2. Convênio
    - 5.6.3. Termo de Execução Descentralizada
    - 5.6.4. Transferência Fundo a Fundo (de Fevereiro / 2007 até Abril / 2020)
      - 5.6.4.1. Bloco de Assistência farmacêutica

- 5.6.4.1.1. Componente básico da assistência farmacêutica
  - 5.6.4.1.2. Componente estratégico da assistência farmacêutica
  - 5.6.4.1.3. Componente especializado da assistência farmacêutica
  - 5.6.4.2. Bloco de Atenção básica
    - 5.6.4.2.1. Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo
    - 5.6.4.2.2. Componente Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável
  - 5.6.4.3. Bloco de Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar
    - 5.6.4.3.1. Componente Limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar
    - 5.6.4.3.2. Componente Fundo de ações estratégicas e compensação – FAEC
  - 5.6.4.4. Bloco de Gestão do SUS
    - 5.6.4.4.1. Componente para a implantação de ações e serviços de saúde
    - 5.6.4.4.2. Componente para a qualificação da gestão do SUS
  - 5.6.4.5. Bloco de Investimentos na Rede de serviços de saúde
  - 5.6.4.6. Bloco de Vigilância em saúde
  - 5.6.5. Transferência Fundo a Fundo (a partir de Abril / 2020)
    - 5.6.5.1. Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento)
      - 5.6.5.1.1. Grupo Assistência farmacêutica
      - 5.6.5.1.2. Grupo Atenção especializada
      - 5.6.5.1.3. Grupo Atenção primária
      - 5.6.5.1.4. Grupo Coronavírus (COVID-19)
      - 5.6.5.1.5. Grupo Vigilância em saúde
    - 5.6.5.2. Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio)
      - 5.6.5.2.1. Grupo Assistência farmacêutica
      - 5.6.5.2.2. Grupo Atenção especializada
      - 5.6.5.2.3. Atenção primária
      - 5.6.5.2.4. Coronavírus (COVID-19)
      - 5.6.5.2.5. Gestão do SUS
      - 5.6.5.2.6. Vigilância em saúde
6. Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)
- 6.1. Apoio interfederativo
    - 6.1.1. Apoio à gestão dos sistemas de saneamento básico
    - 6.1.2. Apoio institucional
    - 6.1.3. Central Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CENADI)
    - 6.1.4. Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)
    - 6.1.5. Quali-SUS-Rede
  - 6.2. Articulação interfederativa
    - 6.2.1. Governança
      - 6.2.1.1. Consórcio público
      - 6.2.1.2. Contrato Organizativo da Ação Pública na Saúde (COAP)
      - 6.2.1.3. Rede interfederativa
    - 6.2.2. Instâncias de pactuação entre gestores
      - 6.2.2.1. Comissão Intergestores Bipartite (CIB)
      - 6.2.2.2. Comissão Intergestores Regional (CIR)
      - 6.2.2.3. Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
  - 6.3. Atuação internacional do Ministério da Saúde
    - 6.3.1. Atendimento a doação de produtos em situação de emergência
    - 6.3.2. Cooperação internacional para consagração de boas práticas nacionais
    - 6.3.3. Intercâmbio de experiências e aprimoramento de políticas nacionais
    - 6.3.4. Monitoramento de tratados e acordo multilaterais
    - 6.3.5. Participação em organizações e mecanismos internacionais
    - 6.3.6. Projeção internacional dos interesses e princípios constitucionais do SUS

- 6.4. Avaliação, Auditoria, Monitoramento e Controle do SUS
  - 6.4.1. Avaliação do SUS
    - 6.4.1.1. Avaliação das Tecnologias em Saúde (ATS)
    - 6.4.1.2. Carta SUS
    - 6.4.1.3. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)
  - 6.4.2. Controle do SUS
    - 6.4.2.1. Controle Externo
      - 6.4.2.1.1. Controladoria Geral da União (CGU)
      - 6.4.2.1.2. Tribunal de Contas da União (TCU)
    - 6.4.2.2. Controle Interno
    - 6.4.2.3. Controle Social
      - 6.4.2.3.1. Conselhos de Saúde
      - 6.4.2.3.2. Conferências de Saúde
  - 6.4.3. Monitoramento do SUS
    - 6.4.3.1. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)
  - 6.4.4. Sistema Nacional de Auditoria no SUS (SNA/SUS)
    - 6.4.4.1. Componente Estadual do SNA
    - 6.4.4.2. Componente Federal do SNA
    - 6.4.4.3. Componente Municipal do SNA
- 6.5. Estratégias de Gestão
  - 6.5.1. Gestão Compartilhada
  - 6.5.2. Gestão Estratégica do SUS
  - 6.5.3. Gestão integrada de resíduos sólidos
    - 6.5.3.1. Gerenciamento de resíduos sólidos
  - 6.5.4. Gestão de Tecnologias em saúde
  - 6.5.5. Gestão Orçamentária-Financeira
  - 6.5.6. Gestão Participativa
    - 6.5.6.1. Espaços estratégicos de gestão participativa
    - 6.5.6.2. Mecanismos de gestão participativa
    - 6.5.6.3. Práticas de gestão participativa
- 6.6. Formulação de políticas de saúde
  - 6.6.1. Análise da situação de saúde
  - 6.6.2. Análise de coerência
  - 6.6.3. Análise de viabilidade
  - 6.6.4. Desenho da imagem-objetivo
  - 6.6.5. Fixação de objetivos e metas
  - 6.6.6. Formalização das políticas em leis, normas, planos, programas e projetos
  - 6.6.7. Formulação de proposições
- 6.7. Instrumentos de gestão
  - 6.7.1. Agenda da Saúde
  - 6.7.2. Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil
  - 6.7.3. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS)
  - 6.7.4. Calendário Nacional de Vacinação
  - 6.7.5. Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas
  - 6.7.6. Mapa de Saúde
  - 6.7.7. Planejamento Regional Integrado (PRI)
  - 6.7.8. Planos de Saúde (PS)
  - 6.7.9. Programação Anual de Saúde (PAS)
  - 6.7.10. Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
  - 6.7.11. Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI)
  - 6.7.12. Relatório Anual de Gestão (RAG)

- 6.7.13. Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC)
- 6.8. Moralidade na Administração Pública
  - 6.8.1. Programa de Integridade Pública
    - 6.8.1.1. Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA/SUS)
    - 6.8.1.2. Ouvidoria do SUS
  - 6.8.2. Portal da Transparência
    - 6.8.2.1. Bases de benefícios sociais
    - 6.8.2.2. Bases de imóveis funcionais
    - 6.8.2.3. Faturas de Cartão de Pagamentos do Governo Federal
    - 6.8.2.4. Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos
    - 6.8.2.5. Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
- 6.9. Organização da atenção à saúde
  - 6.9.1. Articulação entre os níveis de atenção nas redes de atenção à saúde
    - 6.9.1.1. Alta Complexidade
    - 6.9.1.2. Atenção Básica
    - 6.9.1.3. Média Complexidade
  - 6.9.2. Redes regionalizadas de saúde
    - 6.9.2.1. Capacidade instalada
      - 6.9.2.1.1. Atenção Especializada
      - 6.9.2.1.2. Atenção Primária à Saúde
      - 6.9.2.1.3. Atenção Psicossocial
      - 6.9.2.1.4. Atenção à Urgência e Emergência
      - 6.9.2.1.5. Vigilância em Saúde
  - 6.9.3. Territórios adscritos
    - 6.9.3.1. Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)
    - 6.9.3.2. Macrorregião de Saúde
    - 6.9.3.3. Microrregiões de Saúde
    - 6.9.3.4. Regiões de Saúde
    - 6.9.3.5. Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE)
    - 6.9.3.6. Regiões Metropolitanas
- 6.10. Planejamento no SUS
  - 6.10.1. Planejamento Orçamentário e Financeiro
    - 6.10.1.1. Ações orçamentárias
    - 6.10.1.2. Programações orçamentárias
- 6.11. Regulação no SUS
  - 6.11.1. Regulação de Sistemas de Saúde
  - 6.11.2. Regulação da Atenção à Saúde
  - 6.11.3. Regulação do Acesso à Assistência
    - 6.11.3.1. Complexo Regulador do SUS e suas unidades operacionais
    - 6.11.3.2. Fluxos assistenciais no SUS
    - 6.11.3.3. Organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso
    - 6.11.3.4. Transporte sanitário eletivo
- 6.12. Sistemas de informação para a gestão do SUS
  - 6.12.1. Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS)
  - 6.12.2. Sistema de Informação para Convênios e Transferências da Funasa
- 6.13. Sistemas Nacionais de Saúde
  - 6.13.1. Sistema Nacional de Auditoria (SNA)
    - 6.13.1.1. Componente federal
    - 6.13.1.2. Componente estadual
    - 6.13.1.3. Componente municipal
  - 6.13.2. Sistema Nacional de Hemovigilância

- 6.13.3. Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB)
  - 6.13.3.1. Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade
  - 6.13.3.2. Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Ambiental
  - 6.13.3.3. Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica
  - 6.13.3.4. Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária
- 6.13.4. Sistema Nacional de Residências em Saúde (SINAR)
  - 6.13.4.1. Programas de Residência em Área de Saúde
  - 6.13.4.2. Programas de Residência Médica
- 6.13.5. Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN)
  - 6.13.5.1. Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás)
  - 6.13.5.2. Rede Nacional de Serviços de Hemoterapia (Hemorrede)
- 6.13.6. Sistema Nacional de Transplantes (SNT)
  - 6.13.6.1. Bancos de Órgãos e Tecidos
  - 6.13.6.2. Centrais Estaduais de Transplante
  - 6.13.6.3. Central Nacional de Transplantes
  - 6.13.6.4. Comissões Intra-hospitalares de Transplantes
  - 6.13.6.5. Coordenação Nacional do Sistema de Transplantes
  - 6.13.6.6. Grupo Técnico de Assessoramento
  - 6.13.6.7. Organizações de Procura de Órgãos (OPO)
  - 6.13.6.8. Registros de Doadores de Medula Óssea
- 6.13.7. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
  - 6.13.7.1. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
  - 6.13.7.2. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
- 6.13.8. Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
  - 6.13.8.1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
- 6.14. Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS)
  - 6.14.1. Articulação interfederativa
    - 6.14.1.1. Articulação do SUS local com a Atenção Básica Indígena
    - 6.14.1.2. Articulação do sistema tradicional e sistema médico oficial
    - 6.14.1.3. Especificidades culturais no cuidado à saúde dos povos indígenas
  - 6.14.2. Controle Social da Política de Saúde
    - 6.14.2.1. Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI)
    - 6.14.2.2. Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI)
    - 6.14.2.3. Fórum dos Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena
  - 6.14.3. Estrutura da SasiSUS
    - 6.14.3.1. Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI)
    - 6.14.3.2. Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)
    - 6.14.3.3. Pólo-Base
    - 6.14.3.4. Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI)
  - 6.14.4. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
- 7. Informação e comunicação em saúde
  - 7.1. Comunicação em saúde
    - 7.1.1. Campanhas de saúde
      - 7.1.1.1. Calendário da Saúde
      - 7.1.1.2. Publicidade de Utilidade Pública
    - 7.1.2. Comunicação de risco
    - 7.1.3. Comunicação de valorização do SUS
      - 7.1.3.1. Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente (IdeiaSUS)
      - 7.1.3.2. Identidade visual

- 7.1.3.3. Mostra Brasil “Aqui tem SUS”
- 7.1.3.4. Prêmio Sérgio Arouca
- 7.1.4. Comunicação em saúde
  - 7.1.4.1. Canal Saúde (TV Aberta UHF e WebTV)
  - 7.1.4.2. Comunicação e Informação para o Controle Social
  - 7.1.4.3. Estratégias de comunicação da Gestão do SUS
    - 7.1.4.3.1. Aplicativos móveis
    - 7.1.4.3.2. Boletins epidemiológicos
    - 7.1.4.3.3. Coletiva de imprensa
    - 7.1.4.3.4. Redes sociais (Facebook, Instagram, Twitter e Youtube)
    - 7.1.4.3.5. Websites
- 7.1.5. Comunicação entre os serviços da rede de atenção
  - 7.1.5.1. Estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS)
    - 7.1.5.1.1. Prontuário Eletrônico do Cidadão PED (*online*)
    - 7.1.5.1.2. Coleta de Dados Simplificado CDS (*offline*)
  - 7.1.5.2. Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)
  - 7.1.5.3. Registro Eletrônico de Saúde (RES)
  - 7.1.5.4. Sistema e-SUS Notifica (ESUS VE)
  - 7.1.5.5. Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG)
    - 7.1.5.5.1. Catálogo de Materiais (CATMAT)
    - 7.1.5.5.2. Catálogo de Serviços (CATSER)
    - 7.1.5.5.3. Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF)
    - 7.1.5.5.4. Sistema de Divulgação Eletrônica de Compras (SIDECE)
    - 7.1.5.5.5. Sistema de Gestão de Contratos (SISCON)
    - 7.1.5.5.6. Sistema de Minuta de Empenho (SISME)
    - 7.1.5.5.7. Sistema de Preços Praticados (SISPP)
  - 7.1.5.6. Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS)
  - 7.1.5.7. Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus)
- 7.1.6. Democratização da comunicação
  - 7.1.6.1. Democratização da mídia
- 7.2. Informação em saúde
  - 7.2.1. Classificação das informações assistenciais em saúde
    - 7.2.1.1. Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2)
    - 7.2.1.2. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)
    - 7.2.1.3. Lista de Agravos de Notificação Compulsória
    - 7.2.1.4. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)
    - 7.2.1.5. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)
    - 7.2.1.6. Sistemas tradicionais indígenas de saúde
  - 7.2.2. Disseminação de análises de situação de saúde
    - 7.2.2.1. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)
    - 7.2.2.2. Sistema de Apoio à Construção dos Relatórios de Gestão (SARGSUS)
    - 7.2.2.3. Situação alimentar e nutricional dos povos indígenas
    - 7.2.2.4. Situação de saúde ambiental
  - 7.2.3. Disseminação de conhecimento científico e tecnológico
    - 7.2.3.1. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS)
    - 7.2.3.2. Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT)
    - 7.2.3.3. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT)
  - 7.2.4. Interoperabilidade da informação em saúde
    - 7.2.4.1. Padrão de interoperabilidade e de informação em saúde
    - 7.2.4.2. Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)
  - 7.2.5. Patrimônio histórico e cultural da saúde
    - 7.2.5.1. Casa Oswaldo Cruz (COC)

- 7.2.6. Qualidade da informação acessível
- 7.2.7. Referência de preços para contratação pública em saúde
  - 7.2.7.1. Banco de Preços em Saúde (BPS)
  - 7.2.7.2. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)
  - 7.2.7.3. Catálogo de materiais (CATMAT)
  - 7.2.7.4. Catálogo de serviços (CATSER)
- 7.2.8. Sistemas de Informação em Saúde (SIS) da sociedade civil organizada
  - 7.2.8.1. Registro Brasileiro de Transplantes
- 7.2.9. Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde
  - 7.2.9.1. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
  - 7.2.9.2. Cartão Nacional de Saúde (CNS)
  - 7.2.9.3. E-Gestor Atenção Básica (E-Gestor AB)
  - 7.2.9.4. Registro Hospitalar de Câncer
  - 7.2.9.5. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
  - 7.2.9.6. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
  - 7.2.9.7. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)
  - 7.2.9.8. Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)
  - 7.2.9.9. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)
  - 7.2.9.10. Sistema de Informações Hospitalares (SIH)
  - 7.2.9.11. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
  - 7.2.9.12. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)
  - 7.2.9.13. Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa)
  - 7.2.9.14. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)
  - 7.2.9.15. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I)
  - 7.2.9.16. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)
  - 7.2.9.17. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS)
  - 7.2.9.18. SIVEP-Malária
- 8. Modelos de atenção integral à saúde
  - 8.1. Atendimento de necessidades de saúde
    - 8.1.1. Atendimento às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)
    - 8.1.2. Atendimento às pessoas vítimas de violência sexual no SUS
  - 8.2. Estratégias de Atenção à Saúde
    - 8.2.1. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
    - 8.2.2. Estratégia de Saúde da Família (ESF)
    - 8.2.3. Estratégia pelo fim da tuberculose
  - 8.3. Modelos de Atenção à Saúde
    - 8.3.1. Atenção à Doença Renal Crônica (DRC)
    - 8.3.2. Atenção à saúde da gestante de alto risco
    - 8.3.3. Atenção às condições crônicas
    - 8.3.4. Atenção básica à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional
    - 8.3.5. Atenção básica à saúde dos povos indígenas
    - 8.3.6. Atenção Domiciliar (AD)
    - 8.3.7. Atenção integral à saúde da criança
    - 8.3.8. Atenção Integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da Saúde
    - 8.3.9. Atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei
  - 8.4. Linhas de cuidado
    - 8.4.1. Linha de cuidado da atenção às pessoas com doenças raras
    - 8.4.2. Linha de cuidado de câncer de mama e colo de útero

- 8.4.3. Linha de cuidado de diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
- 8.4.4. Linha de cuidado de sobrepeso e obesidade
- 8.4.5. Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa
- 8.5. Níveis de atenção à saúde
  - 8.5.1. Alta complexidade
  - 8.5.2. Atenção Básica
  - 8.5.3. Média Complexidade
- 8.6. Redes de Atenção à Saúde
  - 8.6.1. Rede de Atenção à Saúde Bucal
  - 8.6.2. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no âmbito do SUS
  - 8.6.3. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)
  - 8.6.4. Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)
  - 8.6.5. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
  - 8.6.6. Rede Cegonha
- 8.7. Rede de Cuidados
  - 8.7.1. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS
- 8.8. Rede de Serviços de Saúde
  - 8.8.1. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rblh-BR)
  - 8.8.2. Rede Própria do Programa Farmácia Popular
  - 8.8.3. Rede Nacional de Assistência Médica de Alta Complexidade
  - 8.8.4. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)
  - 8.8.5. Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental
  - 8.8.6. Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica
  - 8.8.7. Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária
  - 8.8.8. Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde
  - 8.8.9. Rede Nacional de Serviços de Hemoterapia (Hemorrede)
- 8.9. Regiões de Saúde
  - 8.9.1. Atenção Especializada
  - 8.9.2. Atenção Primária à Saúde
  - 8.9.3. Atenção Psicossocial
  - 8.9.4. Atenção de Urgência e Emergência
  - 8.9.5. Atenção de Vigilância em Saúde
- 9. Participação da comunidade
  - 9.1. Câmaras
    - 9.1.1. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)
    - 9.1.2. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)
      - 9.1.2.1. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
      - 9.1.2.2. Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
    - 9.1.3. Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização (CTAI)
      - 9.1.3.1. Programa Nacional de Imunizações
  - 9.2. Comitês
    - 9.2.1. Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP-Rua)
      - 9.2.1.1. Política Nacional para a População em Situação de Rua
    - 9.2.2. Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA)
    - 9.2.3. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
    - 9.2.4. Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN)
      - 9.2.4.1. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

- 9.2.4.2. Subsídios técnicos e políticos para o Plano Nacional de Saúde, Plano Plurianual, Plano Operativo, entre outros
- 9.2.5. Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT)
  - 9.2.5.1. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- 9.3. Comissões
  - 9.3.1. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)
    - 9.3.1.1. Incorporação de tecnologias no SUS
    - 9.3.1.2. Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)
  - 9.3.2. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)
    - 9.3.2.1. Residência em Área Profissional da Saúde
    - 9.3.2.2. Residência Multiprofissional em Saúde
- 9.4. Conselhos
  - 9.4.1. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP)
    - 9.4.1.1. Comitê de Monitoramento e Avaliação dos Subsídios da União
    - 9.4.1.2. Comitê de Monitoramento e Avaliação dos Gastos Diretos
- 9.5. Fóruns
  - 9.5.1. Fórum dos Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI)
  - 9.5.2. Fórum Nacional pela Democratização
  - 9.5.3. Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil (FPAS)
    - 9.5.3.1. Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis)
    - 9.5.3.2. Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS)
- 9.6. Grupos de trabalho
  - 9.6.1. Grupo Terra
    - 9.6.1.1. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)
- 9.7. Mesas de negociação permanente
  - 9.7.1. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
    - 9.7.1.1. Conferências nacionais, estaduais e municipais
    - 9.7.1.2. Fórum permanente entre empregadores e trabalhadores do SUS
- 9.8. Pólos setoriais de saúde dos movimentos sociais
- 9.9. Sociedade Civil organizada
  - 9.9.1. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO)
- 9.10. Ouvidorias do SUS
  - 9.10.1. Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (OUVSUS)
  - 9.10.2. Ouvidoria das Secretarias Estaduais de Saúde (SES)
  - 9.10.3. Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS
- 10. Políticas públicas de saúde
  - 10.1. Plano Nacional para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis
    - 10.1.1. Plano de Expansão de Radioterapias no SUS (PER/SUS)
    - 10.1.2. Programa de Mamografia Móvel
    - 10.1.3. Programa Nacional de Combate ao Câncer e Colo Uterino
    - 10.1.4. Programa Nacional de Controle do Tabagismo
    - 10.1.5. Programa Nacional de Qualidade da Mamografia
  - 10.2. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
    - 10.2.1. Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)
    - 10.2.2. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

- 10.3. Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf)
  - 10.3.1. Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)
    - 10.3.1.1. Aqui tem Farmácia Popular (Rede conveniada)
    - 10.3.1.2. Rede Própria
  - 10.3.2. Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS)
- 10.4. Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes
  - 10.4.1. Programa Nacional de Controle do Tabagismo
- 10.5. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)
- 10.6. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Crianças (PNAISC)
  - 10.6.1. Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil
- 10.7. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
- 10.8. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)
- 10.9. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
- 10.10. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano / Romani
- 10.11. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas
- 10.12. Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras
  - 10.12.1. Rede de Atendimento para o cuidado das pessoas com doenças raras
- 10.13. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
  - 10.13.1. Programa Academia da Saúde
  - 10.13.2. Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informativa APS)
    - 10.13.2.1. Sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
  - 10.13.3. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)
  - 10.13.4. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
  - 10.13.5. Programa Mais Médicos
  - 10.13.6. Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)
  - 10.13.7. Programa Nacional de Imunizações (PNI)
  - 10.13.8. Programa Previne Brasil
  - 10.13.9. Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde (Requalifica UBS)
  - 10.13.10. Programa Saúde na Escola
  - 10.13.11. Programa Saúde Toda Hora
- 10.14. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)
- 10.15. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS)
- 10.16. Política Nacional de DST/Aids
- 10.17. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
  - 10.17.1. Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS)
  - 10.17.2. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)
  - 10.17.3. Programa Nacional de Bolsas para Residências em Área Profissional da Saúde (Pró-Residência)
    - 10.17.3.1. Programa de Residência Médica
    - 10.17.3.2. Programa de Residência em Área de Saúde
  - 10.17.4. Programa Mais Médicos
  - 10.17.5. Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS)
    - 10.17.5.1. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS)

- 10.18. Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS)
- 10.19. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres
  - 10.19.1. Programa Mulher Segura e Protegida
    - 10.19.1.1. Campanhas de Saúde
    - 10.19.1.2. Casa da Mulher Brasileira
    - 10.19.1.3. Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180)
    - 10.19.1.4. Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteira Seca
    - 10.19.1.5. Unidades Móveis para Atendimento às Mulheres do Campo e da Floresta
- 10.20. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS)
- 10.21. Política Nacional e Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)
- 10.22. Política Nacional de Humanização (PNH ou HumanizaSUS)
- 10.23. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNITS)
  - 10.23.1. Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informativa APS)
    - 10.23.1.1. Sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- 10.24. Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS)
  - 10.24.1. Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS)
- 10.25. Política Nacional de Medicamentos
- 10.26. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas
  - 10.26.1. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)
- 10.27. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)
- 10.28. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
  - 10.28.1. Projeto de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito
  - 10.28.2. Projeto Vida no Trânsito
- 10.29. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde
- 10.30. Política Nacional de Resíduos Sólidos
  - 10.30.1. Gerenciamento ambientalmente adequado de resíduos sólidos
  - 10.30.2. Gestão Integrada
- 10.31. Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados
  - 10.31.1. Rede Nacional de Serviços de Hemoterapia
- 10.32. Política Nacional de Saúde Bucal
  - 10.32.1. Atenção Básica
  - 10.32.2. Atenção Especializada Ambulatorial
  - 10.32.3. Vigilância em Saúde Bucal
- 10.33. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
- 10.34. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
- 10.35. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- 10.36. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
- 10.37. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- 10.38. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
  - 10.38.1. Programa “Ambiente de trabalho livres de tabaco”
  - 10.38.2. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)
- 10.39. Política Nacional de Saúde Mental
  - 10.39.1. Programa De Volta para Casa (PVC)
- 10.40. Política Nacional de Vigilância em Saúde
  - 10.40.1. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)
  - 10.40.2. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária
- 10.41. Política Nacional para a População em Situação de Rua

- 11. Relação público-privada
  - 11.1. Campanhas de saúde
    - 11.1.1. Modelos de assistência em Saúde Suplementar
      - 11.1.1.1. Movimento Parto Adequado
  - 11.2. Balança comercial
    - 11.2.1. Complexo Industrial da Saúde
      - 11.2.1.1. Capacidade nacional de produção
      - 11.2.1.2. Exportação de produtos
      - 11.2.1.3. Importação de produtos
  - 11.3. Defesa do SUS 100% Estatal
    - 11.3.1. Frente Nacional contra a Privatização da Saúde
      - 11.3.1.1. Comitê em Defesa da Saúde Pública
      - 11.3.1.2. Fóruns Estaduais
      - 11.3.1.3. Fóruns de Saúde
      - 11.3.1.4. Fórum em Defesa do SUS
      - 11.3.1.5. Fórum Popular
      - 11.3.1.6. Frente contra a Privatização
  - 11.4. Empresas públicas de direito privado
    - 11.4.1. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)
      - 11.4.1.1. Hospitais universitários
  - 11.5. Formas de privatização do setor saúde
    - 11.5.1. Privatização da gestão
      - 11.5.1.1. Contratos de Gestão
    - 11.5.2. Privatização do financiamento
      - 11.5.2.1. Auxílio saúde / Per capita de Saúde Suplementar
      - 11.5.2.2. Ressarcimento à saúde suplementar no IRRF
    - 11.5.3. Privatização da provisão
      - 11.5.3.1. Contratação pública em saúde
        - 11.5.3.1.1. Contratação pública de bens de saúde
        - 11.5.3.1.2. Contratação pública de serviços de saúde
    - 11.5.4. Privatização do investimento
      - 11.5.4.1. Subsídios públicos para iniciativa privada no setor saúde
  - 11.6. Saúde complementar
    - 11.6.1. Contratação pública em saúde
      - 11.6.1.1. Contrato de gestão
      - 11.6.1.2. Parcerias público-privadas (PPP)
    - 11.6.2. Pesquisa e Desenvolvimento nas Organizações Sociais
      - 11.6.2.1. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE)
      - 11.6.2.2. Centro Nacional de Pesquisa em Energia e Materiais (CNPEM)
      - 11.6.2.3. Associação Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial
      - 11.6.2.4. Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM)
      - 11.6.2.5. Associação Instituto Nacional de Matemática Pura e Aplicada
      - 11.6.2.6. Associação Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP)
    - 11.6.3. Terceiro setor
      - 11.6.3.1. Associações comunitárias
      - 11.6.3.2. Entidades filantrópicas
      - 11.6.3.3. Fundações
      - 11.6.3.4. Organizações não governamentais
      - 11.6.3.5. Organizadoras sociais

- 11.6.3.6. Partidos políticos
- 11.6.3.7. Serviço Social Autônomo “Associação das Pioneiras Sociais”
- 11.7. Saúde suplementar
  - 11.7.1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
  - 11.7.2. Classificação de informações da Saúde Suplementar
    - 11.7.2.1. Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS)
    - 11.7.2.2. Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS)
  - 11.7.3. Indicadores de assistência da saúde suplementar
    - 11.7.3.1. Painel de indicadores de Atenção Materna e Neonatal
    - 11.7.3.2. Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)
  - 11.7.4. Sistema de Informação para Saúde Suplementar
    - 11.7.4.1. Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)
    - 11.7.4.2. Sistema de Informação de Produtos (SIP)
    - 11.7.4.3. Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS)
- 12. Trabalho e educação em saúde
  - 12.1. Capacitação de grupos específicos
    - 12.1.1. Capacitação de conselheiros de saúde
    - 12.1.2. Formação de profissionais para a APS
    - 12.1.3. Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais
  - 12.2. Temas específicos de capacitação
    - 12.2.1. Curso 30hs Implementando o Programa Saúde na Escola (PSE)
    - 12.2.2. Educação em Saúde Ambiental
    - 12.2.3. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
      - 12.2.3.1. Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM)
      - 12.2.3.2. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
      - 12.2.3.3. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
      - 12.2.3.4. Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS)
  - 12.3. Categoriais de trabalhadores da saúde
    - 12.3.1. Catadores de materiais recicláveis e reutilizáveis
  - 12.4. Demandas do mundo do trabalho na área da saúde
    - 12.4.1. Condições de trabalho na saúde
    - 12.4.2. Desprecarização do trabalho do SUS
    - 12.4.3. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
      - 12.4.3.1. Conferências nacionais, estaduais e municipais
      - 12.4.3.2. Fórum permanente entre empregadores e trabalhadores do SUS
    - 12.4.4. Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)
    - 12.4.5. Processo de trabalho em saúde
    - 12.4.6. Protagonismo do trabalhador
    - 12.4.7. Qualificação da formação de trabalhadores do SUS
    - 12.4.8. Regulação do trabalho em saúde
      - 12.4.8.1. Leis de regulamentação do exercício profissional
      - 12.4.8.2. Códigos de ética profissional
      - 12.4.8.3. Normas de trabalho
  - 12.5. Modalidades de educação em saúde
    - 12.5.1. Educação à distância
      - 12.5.1.1. Rede Nutri-SUS
      - 12.5.1.2. Universidade Aberta do SUS (UNASUS)
    - 12.5.2. Educação continuada

- 12.5.3. Educação pelo Trabalho
  - 12.5.3.1. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde)
  - 12.5.3.2. Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)
- 12.5.4. Educação Permanente em Saúde (EPS)
  - 12.5.4.1. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
  - 12.5.4.2. Universidade Aberta do SUS (UNASUS)
- 12.5.5. Educação Popular em Saúde
- 12.5.6. Educação Profissional em Saúde
  - 12.5.6.1. Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RETSUS)
- 12.5.7. Integração ensino-serviço-comunidade
  - 12.5.7.1. Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS)
  - 12.5.7.2. Instituto Nacional de Cardiologia (INC)
  - 12.5.7.3. Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI)
  - 12.5.7.4. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)
  - 12.5.7.5. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO)
  - 12.5.7.6. Programa Nacional de Bolsas para Residências em Área Profissional da Saúde (Pró-Residência)
- 12.5.8. Recursos Educacionais Abertos
  - 12.5.8.1. Plataforma Educare
  - 12.5.8.2. Plataforma RENAST

## 8 DISCUSSÃO

O propósito desta tese, diante da ausência de organização das informações para apoiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, foi elaborar uma ferramenta que possa auxiliar no processo de busca e recuperação das informações relevantes registradas nos documentos produzidos no curso do planejamento governamental em saúde, para subsidiar o referido processo decisório.

Para alcançar este propósito utilizando os referenciais teóricos e metodológicos do campo da Ciência da Informação, definiu-se como estratégia de uma das etapas da gestão da informação para o controle social na saúde, a elaboração de uma linguagem documentária que representasse na sua estrutura pontos de acesso para a busca e recuperação de informações, considerando potenciais usuários tão diversos entre si quanto os conferencistas de saúde.

Desde a década de 1960, com uma ampla reforma universitária que fomentou a inserção dos cursos de medicina nos campos de práticas populares, a participação cidadã em saúde vindo sendo fomentada e moldada buscando o formato que temos atualmente. A participação da sociedade apresentada nas últimas décadas do século XX passou pela transição de um papel de sujeito e receptor de educação sanitária e atenção à saúde para um papel de protagonista do processo de planejamento governamental em saúde.

Essa mudança de perspectiva coloca o cidadão como corresponsável pelo processo decisório das respostas do Estado às suas demandas de saúde, principalmente nas instancias formalizadas de controle social como as conferências e os conselhos de saúde. No entanto, como bem aponta Moraes (1998), para exercer o referido protagonismo, o cidadão carece do acesso às informações que são relevantes para o processo decisório.

Para Moraes (1998), as referidas informações vão desde aspectos das condições de vida das pessoas até a forma com que essas pessoas vão acessar os serviços de saúde, delimitando-se 12 tipos de informação para apoiar a participação cidadã no nível municipal do sistema de saúde (Quadro 14).

Rodrigues (2009), ao levantar as necessidades informacionais dos conselheiros de saúde dos níveis municipal, estadual e nacional, verificou que as informações sobre o funcionamento do SUS, muitas vezes em uma linguagem exclusivamente técnica e registradas em um grande volume de documentos, são muito relevantes para a tomada de decisão dos conselheiros e que estes careciam destas estarem acessíveis de forma simétrica.

Cecília e Matsumoto (2006), que propõe uma taxonomia das necessidades de saúde para organização da atenção à saúde, concentram as informações relacionadas ao usuário.

Aguilar-Gaxiola et al (2014) consideram que, além dos aspectos individuais e de relacionamento interpessoal dos usuários, são também relevantes informações relativas ao sistema de saúde e seu contexto para construção de uma taxonomia de indicadores de saúde que possibilitasse o monitoramento da saúde da população em um território (Quadro 14).

Na taxonomia proposta, ao relacionar com os achados dos trabalhos correlatos citados acima, os termos gerais coletados de documentos das conferências de saúde sintetizam os assuntos principais de interesse da participação cidadã em debates sobre a complexa situação de saúde, que envolve aspectos do sistema de saúde, desde seu funcionamento atual e o que as melhores evidências científicas apontam para sua melhoria, até a relação do sistema com o mercado, como se fará a gestão participativa com a participação da comunidade, e de que forma o usuário conseguirá garantir o acesso às melhores tecnologias para sua demanda de saúde, entre outros.

Apesar da apresentação da taxonomia proposta na subseção 7.3.3 ser mais extensa do que os modelos apresentados nos trabalhos correlatos, a partir da aplicação da taxonomia almeja-se que cada potencial usuário desta linguagem documentária possa buscar e recuperar a informação que é relevante para este conferencista em especial, seja ele usuário, trabalhador, gestor e/ou prestador privado do setor saúde.

**Quadro 14** – Comparação dos termos gerais da taxonomia proposta e dos trabalhos correlatos

<p><b>Taxonomia proposta</b>  Acesso às ações e serviços de saúde; Ciência e tecnologia em saúde; Controle social; Direito à saúde; Financiamento do Sistema Único de Saúde; Gestão do Sistema Único de Saúde; Informação e comunicação em saúde; Modelos de atenção integral à saúde; Participação da comunidade; Políticas públicas de saúde; Relação público-privada; Trabalho e educação em saúde</p>
<p><b>Moraes (1998)</b>  Informações sobre atenção à saúde; Informações sobre economia; Informações sobre educação; Informações sobre equipamentos culturais; Informações sobre estatísticas vitais; Informações sobre habitação; Informações sobre lazer; Informações sobre lixo; Informações sobre meio ambiente; Informações sobre saneamento; Informações sobre trabalho; Informações sobre transportes</p>
<p><b>Rodrigues (2009)</b>  Informações administrativas; Informações de pareceres / diretórios / controle social; Informações do DATASUS (Produção); Informações financeiras; Informações legislativas; Informações normativas; Informações para capacitação; Informações regionais; Informações sobre conselhos</p>
<p><b>Aguilar-Gaxiola et al (2014)</b>  Sistemas e serviços; Condições gerais de saúde; Aspectos da saúde; Fatores pessoais e comportamentais; Disparidades; Coesão social; Estrutura social</p>
<p><b>Cecílio e Matsumoto (2006)</b>  Boas condições de vida; Acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde; Vínculo com uma equipe ou profissional de saúde; Autonomia</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

A finalidade da taxonomia é que seus potenciais usuários possam recuperar as informações que atualmente estão registradas em conjuntos documentais, e que estas se

constituam em subsídios para a participação cidadã conciliar as suas demandas, o que se almeja com o processo de planejamento e o que é possível ser efetivado no ciclo de planejamento que se encontram.

Apesar dos trabalhos correlatos não terem como finalidade apoiar os conferencistas de saúde, ao analisar as fontes de informação documental do ciclo de planejamento de 2015 a 2019, observou-se que os termos que representam tanto as conferências de saúde quanto a totalidade na qual elas estão situadas, qual seja o planejamento governamental em saúde, possibilitam o estabelecimento de termos que favorecem tanto os potenciais usuários da taxonomia proposta quanto os usuários das taxonomias ou classificações apresentadas nos referidos trabalhos.

Como nos documentos das conferências desenha-se o sistema de saúde almejado, e no planejamento orçamentário delimita-se as ações necessárias para a manutenção do sistema de saúde em funcionamento, a taxonomia elaborada apresentada nesta tese poderá também proporcionar aos seus usuários a compreensão da totalidade na qual as decisões tomadas no âmbito das conferências de saúde estão inseridas.

Como observado no fluxo do processo decisório da participação cidadã, este processo é prolongado, podendo irradiar efeitos para diferentes direções, com a interferência de múltiplos atores sociais, composto por diferentes processos tecnoburocráticos e ainda seu resultado não se traduz por uma expressão exata, sendo aberto para interpretações de acordo com os interesses em jogo.

No entanto, quanto mais informação houver sobre o referido processo decisório e maior acesso informacional, maiores as possibilidades de se efetivar o planejamento participativo e a repartição do poder na elaboração das políticas públicas de saúde, e consequentemente, na qualidade de vida e condições de saúde da população.

De forma sintetizada, o Quadro 15 apresenta os resultados alcançados com a metodologia proposta na seção seis, que apresenta a definição das fontes de informação bibliográfica e documental do domínio do planejamento governamental em saúde, o fluxo do processo decisório da participação cidadã e a elaboração da taxonomia propriamente dita.

**Quadro 15** – Objetivos, pressupostos, variáveis e resultados da tese (continua)

<b>OBJETIVO GERAL</b>			
Elaborar um modelo de taxonomia que facilite a organização e recuperação da informação para apoiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde.			
<b>PRESSUPOSTO GERAL</b>			
A aplicação da taxonomia para a organização das informações relativas ao processo decisório da participação cidadã no planejamento em saúde, pode apoiar a busca e recuperação das informações relevantes para a referida participação nas conferências de saúde.			
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>PRESSUPOSTOS ESPECÍFICOS</b>	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>RESULTADOS</b>
(i) Mapear as fontes de informação dos documentos acumulados nas conferências de saúde;	A participação cidadã no processo decisório do planejamento em saúde, institucionalizado nas conferências de saúde, qualifica a construção de respostas públicas para as demandas em saúde e fortalece a adesão da população a essas respostas	8.1 – Fontes de informação dos documentos acumulados nas conferências de saúde;	8.1.1 Fontes de informação bibliográfica: MATUS, C. Adeus senhor presidente: planejamento, antiplanejamento e governo. Recife: Litteris, 1989. 202 p.; MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA, 1997. 3. ed. Tomo I e II.; TESTA, M. Pensar en salud - Publicación 21. Argentina: Representación OPS/OMS, 1989.; TESTA, M. Pensamiento estrategico y logica de programacion (el caso de salud). Argentina: Representación OPS/OMS, 1989b. 8.1.2 Fontes de informação documental: relacionadas às conferências de saúde (Diretrizes Metodológicas, Regimento, Documento Orientador, Regulamento e Relatório Final) e relacionadas ao planejamento governamental em saúde (Plano de Saúde, Plano Plurianual, Programação Anual da Saúde, Lei Orçamentária Anual, Relatório Anual de Gestão e Relatório Anual de Avaliação)
(ii) Descrever o fluxo de informações do processo decisório da participação cidadã nas conferências de saúde, considerando a totalidade da qual esse processo faz parte;		2 – Fluxo das informações relacionadas às decisões deliberadas nas conferências de saúde, ao longo do processo de planejamento governamental em saúde	Definir perfil dos conferencistas → Levantar os problemas de saúde dos conferencistas → Enumerar as variáveis que explicam os problemas em cada contexto → Estabelecer critérios para priorização dos problemas → Apresentar síntese diagnóstica, por indicadores, dos problemas de saúde e da relação destes com a estrutura social → Estabelecer (e justificar) quais diretrizes / objetivos se quer alcançar → Relacionar as propostas para resolver os problemas e alcançar os objetivos → Indicar ações de viabilidade complementares às ações propostas → Detalhar as ações no nível menos agregado segundo território, tempo e orçamento → Alinhar o plano (problemas, indicadores, objetivos, propostas, ações e orçamentos) → Programar metas mensuráveis com prazos definidos → Monitorar a efetividade das ações e adequar o plano, se necessário → Avaliar as decisões tomadas → Retroalimentar o processo decisório do ciclo de planejamento com as informações do ciclo anterior

**Quadro 15** – Objetivos, pressupostos, variáveis e resultados da tese (conclusão)

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>PRESSUPOSTOS ESPECÍFICOS</b>	<b>VARIÁVEIS</b>	<b>RESULTADOS</b>
(iii) Ordenar as informações descritas em uma taxonomia, estabelecendo relações funcionais entre os termos referentes a estas informações e às respostas públicas aos determinantes sociais das demandas de saúde	O processo decisório da participação cidadã em saúde pode ser apoiado com a organização da informação sobre as demandas de saúde da população; as alternativas de respostas públicas a essas demandas; e o caminho governamental de construção da viabilidade dessas respostas públicas	3 – Relação dos termos das decisões deliberadas / demandas de saúde, das alternativas de respostas públicas e dos determinantes sociais das demandas de saúde	464 termos (simples, compostos e em extratos de frases) relacionados aos indicadores de saúde, diretrizes, objetivos, propostas, metas, programações orçamentárias e ações orçamentárias das fontes de informação documental, que se relacionavam com o fluxo do processo decisório da participação cidadã no planejamento governamental em saúde
		4 – Características dos termos extraídos para a variável 3, em relação aos atributos de processo, função, atividades e/ou descrição da atividade.	Nota de escopo de 656 termos  Taxonomia com 12 Termos Gerais, em até 5 níveis, com 832 Termos organizados de acordo com relação hierárquica entre si, no formato de lista

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Ao reexaminar a tese defendida, conclui-se que a metodologia para elaboração da taxonomia deve necessariamente contemplar as pesquisas bibliográfica (garantia literária) e documental (garantia de uso) sobre o domínio investigado, porque a compreensão do processo de planejamento governamental em saúde foi fundamental para a posterior coleta dos termos.

A análise detalhada do conjunto documental, cujas informações registradas se pretende classificar com a taxonomia proposta, e a construção da nota de escopo contribuem para definição dos atributos de cada termo e das possíveis relações entre estes. Apesar de se ter delimitado um período para análise dos documentos, este recorte no tempo total de existência legal e normativa do SUS representa os assuntos de interesse que vem se repetindo, em virtude principalmente da ausência de organização da informação para avaliar a efetividade do processo decisório a cada ciclo de planejamento.

A apresentação da taxonomia e da sua estrutura como “resultado final”, na verdade representam um modelo inicial, a partir do qual serão desenvolvidos produtos de informação a serem aplicados nas conferências de saúde, cujos resultados retroalimentarão a governança da taxonomia e sua remodelação às especificidades de cada contexto em versões subsequentes,

guardadas as informações relevantes para o planejamento do SUS como conjuntura na qual as conferências acontecem.

Durante o processo de elaboração da taxonomia, em observações empíricas das experiências profissionais e da participação nas instâncias de controle social na saúde, foi possível projetar estruturas de classificação, organização e representação das informações para apoiar o processo decisório da participação cidadã nas conferências.

No entanto, somente a pesquisa acadêmica possibilitou a sistematização de uma metodologia e a apresentação de um modelo que não fosse delimitado em um momento histórico (modelo anacrônico) ou a um conjunto de atores sociais com problemas de saúde demarcados e alternativas de resposta a estes problemas também circunscritas em um recorte histórico.

Articular demandas de saúde, determinantes sociais das demandas de saúde e as alternativas de respostas públicas a estas demandas e seus determinantes é o que se busca sintetizar na categoria teórica de Matus (1997) de situação de saúde, e o retrato da situação de saúde que se busca disponibilizar para o conhecimento coletivo dos conferencistas de saúde pode ser materializado com a aplicação da taxonomia proposta.

As limitações deste trabalho repercutem os entraves históricos do próprio processo de participação cidadã nas conferências de saúde, como a fragmentação atual do planejamento com termos de diferentes documentos que não dialogam entre si, apesar de versarem sobre o mesmo conteúdo e que deveriam ter uma relação de contiguidade, a adoção de vocabulários especializados principalmente nos instrumentos de planejamento orçamentário, a ausência de registro das alterações realizadas ao longo do processo de planejamento (quem altera e por quê), a ausência de padronização semântica da administração pública na significação e utilização de termos de um mesmo nível de classificação com atributos diferentes, na aparente organização do SUS por “pedaços” e na ausência de mecanismos de registro e formalização da participação cidadã nas políticas públicas de saúde, entre outros.

Outras limitações relevantes específicas deste trabalho foram: ausência de ferramenta que pudesse realizar um mapeamento automatizado dos termos e sua respectiva padronização semântica a partir de fontes de informação pré-definidas, que poderiam ter demandado menos tempo na execução da metodologia da pesquisa, e a suspensão da realização da etapa nacional de conferências de saúde agendadas no período de execução da metodologia, primeiro pela pandemia de COVID-19 e em seguida pelos cortes orçamentários, dificultando a aplicação da taxonomia para avaliação dos conferencistas de saúde no contexto das conferências agendadas.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do modelo proposto, apresenta-se possíveis contextos nos quais a taxonomia pode ser aplicada. O contexto imediato relacionado à finalidade desta pesquisa, é o esboço da estruturação do domínio de “Gestão da Informação para o Controle Social na Saúde” no campo da Saúde Coletiva e da Ciência da Informação, com a definição dos temas, das possibilidades e lacunas existentes relativas às pesquisas deste domínio, e com publicação científica dos produtos de pesquisa do referido domínio nestes dois campos.

Pretende-se também aplicar o modelo proposto na elaboração de ferramentas digitais que possam contribuir diretamente com o processo decisório da participação cidadã no âmbito dos conselhos e conferências de saúde, tais como sites, aplicativos e *chatbots* para atendimento da população em diferentes canais, de acordo com o equipamento utilizado pelo cidadão.

A taxonomia pode contribuir também para o incremento das categorias relacionadas no site do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS ([http://conselho.saude.gov.br/web\\_siacs/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html)), que atualmente possui informações relacionadas à composição e funcionamento dos conselhos, incluindo informações atualizadas sobre o andamento do planejamento em saúde, bem como sua relação com o processo decisório nas conferências e conselhos de saúde. A utilização de taxonomia para refinar a navegação em portais corporativos é amplamente recomendada (VITAL, 2010).

O SIACS atualmente é um cadastro realizado pelos próprios conselhos de saúde com as informações referidas na Figura 31, no entanto, não possuem informações relacionadas diretamente ao processo decisório da participação cidadã. A taxonomia proposta poderia subsidiar o processo decisório de apreciação dos documentos do planejamento governamental em saúde no âmbito dos conselhos e das conferências de saúde, facilitando a recuperação das informações relacionadas aos assuntos de interesse das instâncias do controle social.

**Figura 31** – Página do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)



Fonte: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_siacs/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html).

Além do SIACS, as próprias conferências de saúde podem contar com sites e aplicações específicos com as informações relevantes para o processo decisório e serem adequadas às especificidades do evento, com rearranjos permitindo sua composição adequada às especificidades temáticas, territoriais e/ou temporais.

Outra ferramenta que pode ser desenvolvida a partir taxonomia apresentada é um *CIVICBOT*, que se configura como um assistente virtual que recupera informação relevante para o exercício da democracia e da transparência governamental, a partir de um diálogo estabelecido entre o usuário e o *chatbot* (MELLO FILHO; ARAÚJO JÚNIOR, 2021), com menus interativos que vão dos termos gerais aos específicos a um clique do potencial usuário.

A taxonomia proposta também pode auxiliar na construção de repositórios digitais que centralizem os documentos relacionados aos ciclos de planejamento governamental em saúde, no qual o cidadão pode ter acesso à informação que busca e também à(s) fonte(s) na(s) qual(is) as informações estão registradas.

Considera-se também o desenvolvimento de estratégias e ferramentas digitais que possam contribuir para amenizar e/ou eliminar as limitações encontradas na realização deste trabalho, como a avaliação do processo decisório da participação cidadã em saúde e a automatização de etapas da metodologia de elaboração de taxonomias para a área do controle social na saúde.

A partir da aplicação e utilização da taxonomia pelos potenciais usuários, pretende-se realizar a governança da taxonomia, incluindo atualização de acordo com o contexto, em projetos de ensino, pesquisa e extensão no retorno desta pesquisadora à instituição de origem, com constante aperfeiçoamento e inclusão de especialistas para realização desta governança.

## 10 PROPOSTAS PARA ESTUDOS FUTUROS

Apesar do recorte temporal da pesquisa documental, os termos selecionados apontam para dois tipos de informação em saúde distintos: 1) O SUS que queremos, descrito nas diretrizes e propostas deliberadas nas conferências de saúde e registradas nos documentos das conferências de saúde e dos planos quadrienais; e 2) O SUS que temos, descrito nas metas programadas nos instrumentos de programação das ações e serviços públicos de saúde e planejamento orçamentário do SUS.

O SUS que queremos sintetiza as demandas históricas do movimento sanitário que impulsionou a revolução no setor da saúde pública e as demandas emergentes cuja compreensão e alternativas de atendimento vem sendo desenvolvidas nos últimos 30 anos, em especial pelo aparato estatal da ciência e tecnologia em saúde. O SUS que temos sintetiza os meios e recursos necessários para a manutenção do funcionamento da estrutura existente.

O modelo de taxonomia apresentado, agregando estes dois tipos de informação acima descritos, tem a potencialidade de estabelecer um diálogo entre as dimensões: política, científica e técnica da informação relevante para apoiar o processo decisório da participação cidadã não só nas instâncias de controle social como as conferências de saúde, mas também em todos os demais espaços reservados à participação da comunidade no âmbito do SUS.

Desta forma, o presente modelo pode auxiliar a organização da informação para apoiar a participação cidadã na gestão de serviços de saúde, na elaboração de política pública específica e na organização de processo de trabalho de coletivos organizados em prol da melhoria das condições de saúde de grupos específicos, entre outros.

Como docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, o modelo de taxonomia proposto contribui para selecionar, organizar e disponibilizar a informação acadêmica e científica já produzida pelo respectivo departamento e que pode ser de relevância para apoiar a participação cidadã em saúde, bem como orientar o planejamento de novos projetos de ensino, pesquisa e extensão de acordo com os assuntos prioritários de interesse da participação cidadã na saúde.

Nos campos de práticas, pesquisa e de estágios, o modelo de taxonomia poderá auxiliar na organização e disponibilização da informação produzida pelos acadêmicos e acadêmicas nos serviços de saúde e territórios adscritos, para subsidiar o planejamento das atividades a serem desenvolvidas pelos estudantes do curso de graduação em Saúde Coletiva, com relação aos temas prioritários para a participação cidadã na saúde.

Através de parcerias interinstitucionais com conselhos de saúde municipais e estadual em Mato Grosso, também é possível aplicar o modelo proposto para contribuir com a organização e disponibilização da informação produzida nas e para as instâncias de controle social e no processo de planejamento municipais e estadual de saúde.

Em relação às pesquisas a serem desenvolvidas no domínio da “Gestão da Informação para o Controle Social na Saúde”, a aplicação da taxonomia na organização e funcionamento das conferências permitirá a constante atualização e adequação da mesma aos diferentes contextos nos quais as conferências e os respectivos processos de planejamento que se desencadeiam ocorrem, expandindo a árvore de taxonomias derivadas do modelo inicial e a base epistemológica do referido domínio.

A partir da seção quatro desta tese e da metodologia de elaboração de taxonomia desenvolvida, também é possível atualizar um modelo para o planejamento em saúde no enfrentamento de emergências em saúde pública, considerando o modelo proposto nesta tese e as lições aprendidas no contexto da COVID-19.

E desta forma, cada um dos termos gerais pode se tornar uma taxonomia específica, como por exemplo, o termo geral “Relação público-privada”, sobre o qual foi desenvolvido o primeiro artigo desta tese intitulado “Limitações do acesso à informação sobre contratação pública em saúde no Brasil à luz da Lei de Acesso à Informação: uma revisão integrativa da literatura”. Apontadas as referidas limitações (que expressam as necessidades não atendidas de potenciais usuários), é possível desenvolver um modelo em cadeia à taxonomia proposta nesta tese, com o domínio ainda pouco explorado na literatura que é “contratação pública em saúde”.

Como apontado neste trabalho, espera-se ter contribuído para sistematizar produtos e/ou serviços informacionais que possam apoiar a participação cidadã nas instâncias de controle social, no desenvolvimento de uma linha de trabalho acadêmico sobre gestão da informação para o controle social na saúde e de produções científicas que possam, ao mesmo tempo, priorizar os temas de interesse da participação cidadã no planejamento da saúde e dar visibilidade para o processo decisório e seus desafios ainda a ser superados.

## REFERÊNCIAS

- AGANETTE, E.; ALVARENGA, L.; SOUZA, R. R. Elementos constitutivos do conceito de taxonomia. **Inf. Soc.**, João Pessoa, v. 20, n. 3, p. 77-93, set./dez., 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/3994>. Acesso em: 26 ago. 2020.
- AGANETTE, E. C.; TEIXEIRA, Livia M. D. Taxonomias corporativas: uma proposta de procedimento operacional para construção baseada na teoria e na prática. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO. 18., Marília. **Anais [...]**. Marília: ENANCIB, 2017.
- AGUILAR-GAXIOLA, S. *et al.* Towards a unified taxonomy of health indicators: academic health centers and communities working together to improve population health. **Acad Med**, Philadelphia, v. 89, n. 4, p. 564-572, Apr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000198>. Acesso em: 25 abr. 2021.
- ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. (Coleção COVID-19, v. 1). p. 214-225. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/>. Acesso em: 01 mai. 2021.
- ANSOFF, Igor. **A nova estratégia empresarial**. Tradução: Antonio Zoratto Sanvicente. São Paulo: Atlas, 1991. 265 p.
- AQUINO, I. J.; CARLAN, E.; BRÄSCHER, M. Princípios classificatórios para a construção de taxonomias. **Ponto de Acesso**, Salvador, v. 3, n. 3, p. 196-215, dez. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/1981-6766rpa.v3i3.3626>. Acesso em: 26 ago. 2020.
- ARAÚJO, C. A. A. A ciência da informação como ciência social. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 21-27, set./dez., 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652003000300003>. Acesso em: 24 nov. 2020.
- ARAÚJO, C. A. A. Fundamentos teóricos da classificação. **Enc. Bibli.** R. Eletr. Bibl. Ci. Inf., Florianópolis, n. 22, p. 117-140, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2006v11n22p117>. Acesso em: 26 dez. 2019.
- ARAÚJO, I. S. O mapa da comunicação e a rede de sentidos da saúde. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 427-444.
- ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R. *et al.* **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: UERJ / IMS / CEPESC / LAPPIS / ABRASCO, 2013. p. 211-224.
- ARAÚJO JÚNIOR, R. H. de. **Precisão no processo de busca e recuperação da informação**. Brasília: Thesaurus, 2007. 176 p.

ARAÚJO JÚNIOR, R. H. de; SOUZA, R. T. B. de; ALBUQUERQUE, S. F. de. Métodos, técnicas e instrumentos de organização e gestão da informação. In: BAPTISTA, D. M.; ARAÚJO JÚNIOR, Rogério Henrique de (Org.). **Organização da informação: abordagens e práticas**. Brasília: Thesaurus, 2015. (Série Ciência da Informação e da Comunicação). p. 44-68.

ARNSTEIN, S. R. A ladder of citizen participation. **J Am Inst Plann**, Cambridge, v. 35, n. 4, p. 216-224, 1969. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>. Acesso em: 25 abr. 2021.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo / Rio de Janeiro: UNESP / FIOCRUZ, 2003. 272 p.

ARRETCHE, M. T. S. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. (org). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 285-306.

BARATA, R. C. B. Saúde e direito à informação. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 385-399, Dec. 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1990000400003>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BARDIN, L. Tradução: Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.

BATISTA, C. L. As dimensões da informação pública: transparência, acesso e comunicação. **Transinformação**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 225-231, set./dez., 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-37862010000300003>. Acesso em: 03 out. 2019.

BAZZOLI, G. J. *et al.* A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. **Health Serv Res**, Chicago, v. 33, n. 6, p. 1683-1717. Feb. 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070343/>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 2009. 239 p.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: CEBES / Hucitec, 1978. 199 p.

BLACKBURN, B.; SMALLWOOD, R.; EARLEY, S. Information Organization and Classification: Taxonomies and Metadata. In: SMALLWOOD, R. F. **Information Governance: Concepts, Strategies and Best Practices**. 2014. p. 355-384, Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781118433829.app1>. Acesso em: 30 ago. 2020.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1983. 84 p.

BRADSHAW, J. Taxonomy of social need. In: MCLACHLAN, G. (ed.) **Problems and progress in medical care: essays on current research, 7th series**. London: Oxford University Press, 1972. p. 71-82. Disponível em: [http://eprints.whiterose.ac.uk/118357/1/bradshaw\\_taxonomy.pdf](http://eprints.whiterose.ac.uk/118357/1/bradshaw_taxonomy.pdf). Acesso em: 25 abr. 2021.

BRÄSCHER, M.; CAFÉ, L. Organização da Informação ou Organização do Conhecimento? In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 9, 2008. São Paulo, **Anais** [...]. São Paulo, USP, 2008. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/809>. Acesso em: 29 dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/112527.htm). Acesso em: 27 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 510 de 7 de abril de 2016**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 22 nov. 2020.

BROOKS, C. **Introduction to Classification, Taxonomy and File Plans – Foundational Elements of Information Governance**: Part 2. 2017. IMERGE Consulting. Disponível em: <https://imergeconsulting.com/introduction-classification-taxonomy-file-plans-foundational-elements-information-governance-part-2/>. Acesso em: 30 ago. 2020.

CAMPOS, M. L. A.; GOMES, H. E. Taxonomia e classificação: a categorização como princípio. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 8., Salvador. **Anais** [...]. Salvador: ENANCIB, 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/159>. Acesso em: 09 out. 2019.

CAMPOS, M. L. A. **Linguagem documentária**: teorias que fundamentam sua elaboração. Rio de Janeiro: EdUFF, 2001. 133 p.

CANGUILHEM, G. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. 277 p.

CAPURRO, R.; HJORLAND, B. O conceito de informação. **Perspect. Ciênc. Inf.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 148-207, jan./abr. 2007. Disponível em <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/54/47>. Acesso 24 Nov 2020.

CARDOSO, A.J.C.; PEREIRA, M.F.; SHIMIZU, H.E. Planejamento participativo em saúde: teoria e prática. In: \_\_\_\_ [organizadores]. **Política, planejamento e gestão participativa em saúde**. Brasília: Editora UnB, 2018. 55 - 125. Disponível em <<https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/view/14/13/63-1>>. Acesso 07 Jun 2020.

CARLAN, E.; MEDEIROS, M. B. B. Sistemas de organização do conhecimento na visão da Ciência da Informação. **RICI**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 53-73, ago./dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/rici.v4.n2.2011.1675>. Acesso 05 Set 2020.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00298130, ago., 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>. Acesso em: 24 nov. 2020.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE / IBAM, 1995.136 p.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007. 259 p. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/PARTICIPACAOCOMUNIDADESUAUDE.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2020.

CARVALHO, J. M. Introdução. In: CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 7-14.

CARVALHO, L. F.; ARAÚJO JÚNIOR, R. H. Gestão da Informação: estudo comparativo entre quatro modelos. **Biblos**, Rio Grande, v. 28, n. 1, p. 71-84, jan./jun., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1981-0695.2014v9n2.22362>. Acesso em: 15 out. 2019.

CARVALHO, E. L. Importância da gestão da informação no processo decisório das organizações. In: VALENTIM, M. L. P. (org.). **Informação, conhecimento e inteligência organizacional**. Marília: FUNDEPE Editora, 2007. p. 81-97.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010. 698 p. (A era da informação: economia, sociedade e cultura).

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R.. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, v. 6, 2001. p. 117-130.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R. FERLA, A. A. MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em Redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ, 2006. p. 37-50.

CEPIK, M. Direito à informação: situação legal e desafios. **Inform. publica**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 43-56, 2000. Disponível em: [https://professor.ufrgs.br/sites/default/files/marcocepiik/files/cepiik\\_-\\_2000\\_-\\_direito\\_informacao\\_-\\_ip.pdf](https://professor.ufrgs.br/sites/default/files/marcocepiik/files/cepiik_-_2000_-_direito_informacao_-_ip.pdf). Acesso em: 12 abr. 2021.

CHOKSY, C. E. B. 8 steps to develop a taxonomy. **Information Management**, v. 40, n. 6, p. 31-41, Nov./Dec. 2006. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/annmariewinston/8-steps-to-develop-a-taxonomy>. Acesso em: 30 ago. 2020.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo, Brasil: Senac São Paulo, 2003. 425 p.

CHRISPINO, A. Políticas públicas transparentes: princípios, elementos, indicadores e critérios. In: CHRISPINO, A. **Introdução ao estudo das políticas públicas**: uma visão interdisciplinar e contextualizada. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2016. p. 57-104.

CINTRA, A. M. M. *et al.* **Para entender as linguagens documentárias**. São Paulo: Polis, 2002. 72 p.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, p. 138-151, 2012. Supl. 1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>. Acesso em: 22 ago. 2020.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373-1382, set./out., 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500009>. Acesso em: 05 set. 2020.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 385-405.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 39, p. 114-121, jan., 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100015>. Acesso em: 05 set. 2020.

CORRÊA-FILHO, H. R.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19. **Saúde debate**, Londrina, v. 44, n. 124, p. 5-10, jan./mar., 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012400>. Acesso em: 28 jun. 2020.

CÔRTEZ, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul., 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700022>. Acesso em: 24 nov. 2020.

CÔRTEZ, S. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009b. p. 102-127.

CÔRTEZ, S. V. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: CÔRTEZ, S. V. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009c. p. 19-39.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 18-49, jan./jun., 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222002000100002>. Acesso em: 22 ago. 2020.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In: FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 237-271.

COSTA, I. C. P. *et al.* Produção científica em periódicos online sobre o novo coronavírus (covid-19): pesquisa bibliométrica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 29, e20200235, ago., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0235>. Acesso em: 23 nov. 2020.

CRESWELL, J. W. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 296 p.

CUNHA, J. H. C. **Taxonomia aplicada à auditoria contábil**: uma linguagem documentária entre a análise de risco e a escolha de procedimentos de auditoria. Brasília: Tagore Editora, 2018. 303 p.

CUNHA, J. H. C.; ARAÚJO JÚNIOR, R. H. Taxonomia de distorções contábeis. **Enc. Bibli. R. Eletr. Bibl. Ci. Inf.**, Florianópolis, v. 22, n. 49, p. 127-141, mai./ago., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2017v22n49p127>. Acesso em: 24 nov. 2020.

CURRÁS, E. Tradução Jaime Robredo. **Ontologias, taxonomias e thesaurus em teoria de sistemas e sistemática**. Brasília: Thesaurus, 2010. 168 p.

DAHLBERG, I. Teoria do conceito. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 101-107, 1978. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/115>. Acesso em: 24 nov. 2020.

DAHLBERG, I. Knowledge organization! Its scope and possibilities. **Knowl. Org.**, v. 20, n. 4, p. 211-222, 1993. Disponível em: [https://www.ergon-verlag.de/isko\\_ko/downloads/ko\\_20\\_1993\\_4\\_w.pdf](https://www.ergon-verlag.de/isko_ko/downloads/ko_20_1993_4_w.pdf). Acesso em: 25 ago. 2020.

DAVENPORT, T. H. **Ecologia da informação**: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. São Paulo: Futura, 2002. 316 p.

DRUCKER, P. F. The Age of Social Transformation. **Atlantic Monthly**, v. 274, n. 5, 1994. Disponível em: [http://www.adishakti.org/pdf\\_files/age\\_of\\_social\\_transformation\\_\(theatlantic.com\).pdf](http://www.adishakti.org/pdf_files/age_of_social_transformation_(theatlantic.com).pdf). Acesso em: 30 mai. 2020.

DURANTI, L. Registros documentais contemporâneos como provas de ação. **Estud. hist.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 13, p. 49-64, 1994. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/1976>. Acesso em: 25 ago 2020.

EDUARDO, M. B. P. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 70-77, ago./out., 1990. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/9017/8077>. Acesso em: 05 set. 2020.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. (org). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 83-119.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 229-247.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. *et al* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. p. 853-883.

ESPERIDIÃO, M. A. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In: PAIM, J. S., ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 245-254.

ESTRELA, S. C. L. **A gestão da informação na tomada de decisão**: estudo de PME na Região Centro. Faro: Sílabas e Desafios, 2016. 413 p.

FACCHIN, L. A. *et al*. Conferências nacionais: mecanismo de consenso político? Modelos científicos de previsão e seu impacto social e político. Saúde universal pelo mercado: oximoro conceitual? **Parcerias Estratégicas**, Brasília, v. 16, n. 32, p. 47-50, jan./jul., 2011.

FELDMAN, S.; SHERMAN, C. The high cost of not finding information: an IDC White Paper. **KMWorld Magazine**, p. 1-10, 2001.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: Uma Política Social. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 1-41.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98.

FREIRE, I. M. Da construção do conhecimento científico à responsabilidade social da ciência da informação. **Inf. Soc. (Online)**, João Pessoa, v.12, n.1, p. 1-14, 2002. Disponível em: <http://ridi.ibict.br/handle/123456789/194>. Acesso em: 03 out. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 71. ed. São Paulo: Paz e Terra. 2019. 256 p.

FREITAS, R. K. V.; DACORSO, A. L. R. Inovação aberta na gestão pública: análise do plano de ação brasileiro para a Open Government Partnership. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 869-888, jul./ago., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-76121545>. Acesso em: 24 nov. 2020.

GERCHMAN, S.; VIANA, A. L. D'Á. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 307-352.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, p. 129-153, 1990. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csp/1990.v6n2/129-153/pt/>>. Acesso 20 Ago 2020.

GÓMEZ, M. N. G. A informação: dos estoques às redes. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 24, n. 1, 1995. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/611>. Acesso em: 03 out. 2019.

GUINCHAT, C.; MENOU, M. As linguagens documentais. In: GUINCHAT, C.; MENOU, M. **Introdução geral às ciências e técnicas da informação e documentação**. Brasília: IBICT, 1994. p.133-165.

GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100003>. Acesso em: 24 nov. 2020.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. In: MATTOS, Ruben Araújo de; PINHEIRO, Roseni. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 369-384.

HEDDEN, H. Taxonomy building steps. In: HEDDEN, H. **The Accidental Taxonomist Blog**. 2019. Disponível em: <http://accidental-taxonomist.blogspot.com/search/label/Taxonomy%20creation>. Acesso em: 31 ago. 2020.

HUERTAS, F. **El método PES**. Entrevista con Matus. Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1996. 104 p.

HULSHOF, P. J. H. *et al.* Taxonomic classification of planning decisions in health care: a structured review of the state of the art in OR/MS. **Health systems**, v. 1, n. 2, p. 129-175, Dec. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1057/hs.2012.18>. Acesso em: 25 abr. 2021.

IBICT – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. BDTD – Histórico. Brasília, DF: IBICT. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Content/history>. Acesso em: 16 maio 2021.

JARDIM, J. M. **Transparência e opacidade do Estado no Brasil: usos e desusos da informação governamental**. Niterói: EdUFF, 1999.

JARDIM, J. M. Políticas públicas arquivísticas: princípios, atores e processos. **Arq. Adm.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/51586>. Acesso em: 14 abr. 2021.

JARDIM, J. M.; SILVA, S. C. A.; NHARRELUGA, R. S. Análise de políticas públicas: uma abordagem em direção às políticas públicas de informação. **Perspect. Ciênc. Inf.**, Belo Horizonte, vol.14, n.1, p. 2-22. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-99362009000100002>. Acesso em: 13 abr. 2021.

KEINERT, T. M. M. **Administração pública no Brasil: crises e mudanças de paradigmas**. São Paulo: Annablume, 2007. 219 p.

LABRA, M. E. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 176-203.

LARA, M. L. G. Documento e significação na trajetória epistemológica da Ciência da Informação. In: FREITAS, L. S.; MARCONDES, C. H.; RODRIGUES, A. C. (org.). **Documento: gênese e contextos de uso**. Rio de Janeiro: EdUFF, 2010. p. 35-56.

LARA, M. L. G.; ORTEGA, C. D. Uma abordagem contemporânea do documento na Ciência da Informação. In: SILVA, F. C. C.; SALES, R. **Cenários da Organização do Conhecimento: linguagens documentárias em cena**. Brasília: Thesaurus, 2011. p. 17-43.

LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico**. 21. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007. 117 p.

LIMA, C. R. M. *et al.* Emergência de saúde pública global por pandemia de COVID-19: desinformação, assimetria de informações e validação discursiva. **Folha de rosto**, Juazeiro do Norte, v.6, n. 2, p. 5-21, mai./ago., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46902/2020n2p5-21>. Acesso em: 05 jul. 2020.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmicas. In: GIOVANELLA, L *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 89 – 120.

LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 27-31.

MANDETTA, L. H. **Um paciente chamado Brasil: os bastidores da luta contra o coronavírus**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2020. 239 p.

MARCHIORI, P. Z. Gestão da Informação: fundamentos, componentes e desafios contemporâneos. In: SOUTO, L. F. **Gestão da informação e do conhecimento: práticas e reflexões**. 1. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2014. p. 27-46.

MARQUES, F. P. J. A. O problema da participação política no modelo deliberativo de democracia. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 20, n. 41, p. 21-35, fev., 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782012000100003>. Acesso em: 13 set. 2020.

MASSUDA, Y. **A sociedade da informação: como sociedade pós-industrial**. Ed. Rio, 1980. 210 p.

MATOS, A. R.; SERAPIONI, M. O desafio da participação cidadã nos sistemas de saúde do Sul da Europa: uma revisão da literatura. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. e00066716, jan., 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00066716>. Acesso em: 24 nov. 2020.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. 47 – 62. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

MATUS, C. **Adeus senhor presidente: planejamento, antiplanejamento e governo.** Recife: Litteris, 1989. 202 p.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: IPEA, 1997. 3. ed. Tomo I e II.

MATUS, C. Fundamentos da Planificação em Saúde. In: RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e Programação em Saúde.** Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1992. p. 107 – 123.

MAYRING, P. **Introdução à pesquisa social qualitativa:** uma introdução ao pensamento qualitativo. Tradução: Hartmut Günther. 5. ed. Weinheim: Belz, 2002. 165 p.

MCGEE, J. V.; PRUSAK, L. **Gerenciamento estratégico da informação.** Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 1994. 268 p.

MELLO FILHO, L. L. de; ARAÚJO JÚNIOR, R. H. de. Objetos de fronteira: um diálogo entre a ciência da informação e a ciência de dados. **Enc. Bibli: R. Eletr. Bibl. Ci. Inf.**, Florianópolis, v. 26, p. 01-22, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2021.e77247>. Acesso em: 23 abr. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceitos e elementos constitutivos. In: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 61-208. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 21 abr. 2021.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS n.º 188, de 3 de fevereiro de 2020.** Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 29 jun. 2020.

MINTZBERG, H.; RAISINGHANI, D.; THEORET, A. The structure of 'unstructured' decision processes. **Adm Sci Q**, Ithaca, v. 21, n. 2, p. 246-275, Jun. 1976. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2392045>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde:** para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora. 1998. 285 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4472/2/ve\\_Ilara\\_Moraes\\_ENSP\\_1998.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4472/2/ve_Ilara_Moraes_ENSP_1998.pdf). Acesso em: 16 dez. 2019.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde:** da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec, 1994. 172 p.

MORAES, I. H. S. Sistemas de Informação em Saúde: patrimônio da sociedade brasileira. In: PAIM, Jairnilson Silva, ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 649-655.

MOREIRA, W. Relações conceituais como elementos constitutivos essenciais dos sistemas de organização do conhecimento. **Inf. Inf.**, Londrina, v. 24, n. 2, p. 1-30, mai./ago., 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1981-8920.2019v24n2p1>. Acesso em: 25 ago. 2020.

MULLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-78, jan., 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136012>. Acesso em: 22 ago. 2020.

MUSSETTI, A. *et al.* Handling the COVID-19 pandemic in the oncological setting. **Lancet Haematol**, Oxford, v. 7, n. 5, p. e365-e366, May 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(20\)30108-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(20)30108-3). Acesso em: 25 abr. 2021.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. e2020044, abr., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>. Acesso em: 29 jun. 2020.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia: a Luta do CEBES**. 1997. p. 11-23. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/saude-e-democracia-a-luta-do-cebes.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 73-78, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011>. Acesso em: 17 abr. 2021.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 1. ed. Salvador / Rio de Janeiro: EdUFBA / FIOCRUZ, 2008. 356 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 557-567, 2003. Disponível em < <https://www.scielo.org/article/csc/2003.v8n2/557-567/>>. Acesso 27 Jul 2020.

PEREIRA, E. O.; CÔRTEZ, S. V.; BARCELOS, M. Conselho estadual de saúde do Rio Grande do Sul: histórico, funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: CÔRTEZ, S. V. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 111-144. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8znq5/pdf/cortes-9788575413463-06.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

PERES, A. Cl. Favelas contra o vírus: como as periferias vêm lidando com a pandemia de covid-19, em meio aos problemas cotidianos e diante da ausência de ações governamentais. **RADIS: Comunicação e Saúde**, n.212, p.20-25, mai., 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41225/2/FavelasContraVirus.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. Entre a ausência em Alma-Ata e o Prevsauúde: a atenção primária à saúde no ocaso da ditadura. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, p. 643-659, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000300002>. Acesso em: 14 dez. 2022.

REITZ, J. M. **Online dictionary for Library and Information Science**. Santa Barbara: ABC-CLIO, LLC, c2017. Disponível em: [http://www.abc-clio.com/ODLIS/odlis\\_e.aspx](http://www.abc-clio.com/ODLIS/odlis_e.aspx). Acesso em: 22 abr. 2021.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde debate**, Londrina, v. 41, n. especial 3, p. 155-170, set., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s312>. Acesso em: 24 nov. 2020.

RIVERA, F.J.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

ROBREDO, J. Análise da Informação. In: ROBREDO, J. **Documentação de hoje e amanhã: uma abordagem revisitada e contemporânea da Ciência da Informação e de suas aplicações biblioteconômicas, documentárias, arquivísticas e museológicas**. 4. ed. Brasília: Edição de Autor, 2005. p. 124-185.

RODRIGUES, C. Z. **A necessidade de informação dos conselheiros de saúde**. 2009. 208 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3953>. Acesso em: 16 dez. 2019.

ROTHBERG, D. Informação de diagnóstico, democracia e inclusão digital. **Liinc em Revista**, v. 5, n. 1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.18617/liinc.v5i1.292>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SALES, R. Representação de domínios em biblioteconomia e arquivologia. In: SILVA, F. C. C.; SALES, R. **Cenários da Organização do Conhecimento: linguagens documentárias em cena**. Brasília: Thesaurus, 2011. p. 45-70.

SARACEVIC, T. A natureza interdisciplinar da ciência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 24, n. 1, abr., 1995. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/608>. Acesso em: 24 nov. 2020.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. Cengage Learning, 2014.

SENRA, N. C. Por uma disseminação democrática de informações. **São Paulo em Perspectiva**, v. 8, n. 4, p. 40-45, out./dez., 1994. Disponível em: [http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v08n04/v08n04\\_07.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v08n04/v08n04_07.pdf). Acesso em: 25 abr. 2021.

SERAPIONI, M.; ROMANI, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, nov., 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100015>. Acesso em: 24 nov. 2020.

SHIMIZU, H. E. *et al.* Os conselhos de saúde no Brasil: 25 anos de experiências democráticas, participativas e de controle social. In: SHIMIZU, H. E.; PEREIRA, M. F.; CARDOSO, A. J. C. [organizadores]. **Política, planejamento e gestão participativa em**

saúde. Brasília: EdUnB, 2018. p. 27-54. Disponível em:  
<https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/view/14/13/63-1>. Acesso em: 07 jun. 2020.

SHIMIZU, H. E.; PEREIRA, E. M. Políticas públicas de saúde no Brasil: breve histórico. In: SHIMIZU, H. E.; PEREIRA, M. F.; CARDOSO, A. J. C. (org.). **Política, planejamento e gestão participativa em saúde**. Brasília: EdUnB, 2018. p. 9-26. Disponível em:  
<https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/view/14/13/63-1>. Acesso em: 07 jun. 2020.

SILVA, A. A. M. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, e200021, mar., 2020. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/1980-549720200021>. Acesso em: 28 jun. 2020.

SILVA, B. T.; LIMA, I. M. S. O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: Uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 319-328, mai., 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/conselhos-e-conferencias-de-saude-no-brasil-uma-revisao-integrativa/17212>. Acesso em: 17 jun. 2020.

SILVA, B. T.; LIMA, I. M. S. O. 15a Conferência Nacional de Saúde: um estudo de caso. *Saúde e Sociedade*, v. 28, p. 97-114, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180963>. Acesso em: 28 set. 2021.

SILVA, M. K. *et al.* A dinâmica das relações sociais no conselho nacional de saúde. In: CÔRTEZ, S. V. (org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 73-110. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8znq5/pdf/cortes-9788575413463-05.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SILVA, R. M. *et al.* Perfil e financiamento da pesquisa em saúde desencadeada pela pandemia da COVID-19 no Brasil. **Vigil. Sanit. Debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 28-38, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01579>. Acesso em: 05 jul. 2020.

SIMÃO, I. T. Engenharia reversa: Conceitos e Aplicações. In: \_\_\_\_ **Engenharia reversa e prototipagem**. São Paulo: Platos Soluções Educacionais S.A., 2021.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971. 259 p.

SOUSA, R. T. B. de; ARAÚJO JUNIOR, R. H. de. A indexação e criação de taxonomias para documentos de arquivo: proposta para a expansão do acesso e integração das fontes de informação. **BRAJIS**, Marília, v. 11, n. 4, p. 47-56, dez., 2017. Disponível em:  
<https://doi.org/10.36311/1981-1640.2017.v11n4.08.p47>. Acesso em: 05 set. 2020.

SOUSA, R. T. B. de; ARAÚJO JÚNIOR, R. H. de. A classificação e a taxonomia como instrumentos efetivos para a recuperação da informação arquivística. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 42, n. 1, 2013. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1400>. Acesso em: 28 ago. 2020.

STEDILE, N. L. R. *et al.* Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro,

v. 20, p. 2957-2971, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.15142014>. Acesso em: 22 ago. 2020.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL [STF]. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. **Site do STF**. 15/04/2020.

Disponível em:

<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>. Acesso em: 05 jul. 2020.

TEIXEIRA, C. F. S.; SILVEIRA, P. (org.). **Glossário de análise política em saúde**.

Salvador: Edufba, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EdUFBA, 2010.

TEIXEIRA, S. M. F. **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro:

ABRASCO, 1995. 262 p. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Projeto-Montes-Claros-a-utopia-revisitada.pdf> >. Acesso em: 25 abr. 2021.

TERRA, J. C. C.; VOGEL, M. Taxonomia: elemento fundamental para a gestão do conhecimento. **Biblioteca Terra Fórum Consultores**, 1998. Disponível em:

<https://pt.slideshare.net/jcterra/taxonomia-elemento-fundamental-para-a-gestao-do-conhecimento>. Acesso em: 30 ago. 2020.

TESTA, M. **Pensar en salud - Publicação 21**. Argentina: Representación OPS/OMS, 1989. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18738> . Acesso 14 Jun 2020.

TESTA, M. **Pensamiento estrategico y logica de programacion (el caso de salud)**.

Argentina: Representación OPS/OMS, 1989b. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18750>. Acesso 26 Jul 2020.

TESTA, M. Decidir em sakud: quiém, como, por qué. **Salud Colect.**, Buenos Aires, v. 3, n. 3, p. 247 – 257, 2007. Disponível em

[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/scol/v3n3/v3n3a03.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v3n3/v3n3a03.pdf). Acesso 18 Set 2022.

UHLIR, P. **Diretrizes políticas para o desenvolvimento e a promoção da informação governamental do domínio público**. Brasília: UNESCO, 2006. 44p. Disponível em

[https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000137363\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000137363_por). Acesso 18 Set 2022.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação popular e saúde: a questão da capacidade técnica no Brasil**. Petrópolis: Serrana Ltda., 1989. 39 p.

VALLA, V. V. **Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1993. 38 p.

- VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, 1996. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71626/40626>. Acesso em: 22 ago. 2020.
- VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde no Rio de Janeiro. **Logos**, v. 3, n. 1, p. 39-43, 1996b. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/logos/article/view/13174>. Acesso em: 22 ago. 2020.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. S07-S18, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600002>. Acesso em: 22 ago. 2020.
- VALLA, V. V. Movimentos sociais, educação popular e intelectuais: entre algumas questões metodológicas. FLEURI, Reinaldo Matias. **Intercultura e movimentos sociais**. Florianópolis: MOVER/NUP, 1998b. p. 187-200.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. S7-S14, 1999. Supl. 2 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600002>. Acesso em: 22 ago. 2020.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: WAGNER, G. *et al.* [org.]. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006. 531 – 562.
- VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- VIEIRA, J. M. *et al.* What do we know about COVID-19? A review article. **AMB rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 66, n. 4, p. 534-540, Apr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.4.534>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s217-s226, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- VITAL, L. P.; CAFÉ, L. Proposta para o desenvolvimento de taxonomias em portais corporativos. **Perspect. Ciênc. Inf. (Online)**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 42-54, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-99362011000400005>. Acesso em: 09 out. 2019.
- VITAL, L. P. **Taxonomia como ferramenta para a representação do conhecimento em portais corporativos**. Recife: UFPE, 2010. 87 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19** [2020]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 30 jun. 2020.

WOODS, E. The corporate taxonomy: creating a new order. **KMWorld**. v.13, n.7, Jul., 2004. Disponível em: <http://www.kmworld.com/Articles/ReadArticle.aspx?ArticleID=9566>. Acesso em: 09 out. 2019.

ZHONGHONG, W.; CHAUDHRY, A. S.; KHOO, C. Potential and prospects of taxonomies for content organization. **Knowledge organization**, v. 33, n. 3, p. 160, 2006. Disponível em: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/0943-7444-2006-3-160.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2022.

**APÊNDICE**

## NOTA DE ESCOPO DOS TERMOS COLETADOS<sup>1</sup>

1 - Documento de apoio para metodologia de elaboração da taxonomia, desenvolvida na tese de doutorado intitulada “Modelo de taxonomia para apoiar o processo decisório da participação cidadã em saúde no Brasil” da discente Virgínia de Albuquerque Mota, orientada pelo Prof. Dr. Rogério Henrique de Araújo Júnior e defendida no Programa de Pós-Graduação de Ciência da Informação da Universidade de Brasília.

## SUMÁRIO

1. Acesso às ações e serviços de saúde .....	245
Acessibilidade .....	245
Acesso às ações e serviços de saúde .....	245
Acesso aos serviços de saúde .....	245
Acesso aos serviços de saúde (2) .....	245
Acesso aos serviços de saúde (3) .....	245
Acidentes e violências .....	246
Ações de alimentação e nutrição na atenção primária .....	246
Ações de promoção da saúde .....	246
Ações de proteção da saúde .....	246
Ações de recuperação da saúde .....	247
Ações e serviços da atenção primária .....	247
Ações e serviços de urgência e emergência .....	247
Ações e serviços de atenção especializada .....	247
Ações e serviços da vigilância em saúde .....	249
Ações e serviços da atenção psicossocial .....	250
Ações intersetoriais em saúde .....	250
Agravos à saúde .....	250
Anemia por deficiência de ferro .....	250
Assistência Farmacêutica .....	251
Autocuidado apoiado .....	251
Banco de Leite Humano (BLH) .....	251
Capacidade instalada .....	251
Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde .....	252
Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) .....	252
Centrais Estaduais de Transplante .....	252
Central Nacional de Transplantes .....	252
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) .....	252
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) .....	252
Centro de Parto Normal (CPN) .....	253
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) .....	253
Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) .....	253
Centro Especializado de Reabilitação (CER) .....	253
Coleta seletiva .....	254
Condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família .....	254

Condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Auxílio-Brasil.....	254
Consultório na Rua.....	254
Destinação final de resíduos sólidos ambientalmente adequada .....	254
Determinantes da saúde.....	254
Determinantes sociais da saúde .....	255
Determinantes sociais da saúde (2).....	255
Determinantes socioambientais .....	255
Disposição final de rejeitos ambientalmente adequada.....	255
Doenças crônicas não transmissíveis .....	255
Doença Renal Crônica (DRC) .....	256
Doenças transmissíveis .....	256
Equipe de referência para atenção aos adolescentes em conflito com a Lei .....	256
Equipe de Saúde Bucal (eSB).....	257
Equipe de Saúde da Família (eSF).....	257
Equipe de Saúde da Família Fluviais (ESFF).....	257
Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR).....	257
Equipe Multiprofissionais de Apoio (EMAP).....	257
Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar (EMAD) .....	258
Estado nutricional .....	258
Estratégia NutriSUS.....	258
Estratégia Saúde da Família (ESF) .....	258
Estratificação de risco da população adscrita .....	258
Exame citopatológico para rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos .....	259
Habitação com controle de doença de chagas .....	259
Hanseníase.....	259
Hematologia.....	260
Hemoterapia.....	260
HIV.....	260
Hospitais Federais .....	260
Hospitais Universitários Federais .....	260
Iniquidades em saúde .....	260
Instituto Nacional de Cardiologia (INC).....	261
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI).....	261
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) .....	261
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO).....	262
Instituto Nacional do Câncer (INCA) .....	262

Laboratório de Saúde Pública (LSP).....	262
Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) .....	262
Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais .....	262
Leitos de Unidade Neonatal .....	263
Mamografias bilaterais para rastreamento de câncer de mama para mulheres de 50 a 69 anos .....	263
Necessidades de saúde da população .....	263
Necessidades e demandas de serviços de saúde .....	263
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	263
Oferta de ações de saúde .....	264
Oficina Ortopédica.....	264
Oncologia .....	264
Operações de Assistência Hospitalar à População Ribeirinha (ASSHOP).....	264
Pólos-base.....	265
Portas de Entrada .....	265
Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH) .....	265
Práticas integrativas e complementares.....	265
Pré-natal de gestantes indígenas .....	265
Procedimentos da vigilância sanitária de padrão internacional.....	266
Prevenção às doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências .....	266
Prevenção de acidentes e violências .....	266
Prevenção de risco e agravos à saúde e seus determinantes sociais .....	266
Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	266
Promoção do envelhecimento saudável .....	267
Promoção, proteção e recuperação da saúde indígena .....	267
Rastreamento sistemático para Tuberculose.....	267
Reciclagem .....	268
Registro de medicamentos genéricos, similares, novos e inovadores.....	268
Riscos à saúde.....	268
Saneamento ambiental.....	268
Saneamento básico.....	269
Saúde Ambiental.....	269
Saúde ambiental para redução de riscos à saúde humana .....	269
Saúde Bucal .....	269
Saúde do trabalhador.....	269
Saúde Mental .....	270
Segurança Alimentar e Nutricional.....	270

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).....	270
Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras.....	270
Serviço de Referência em Doenças Raras .....	270
Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU).....	271
Serviços de drenagem urbana sustentável e manejo de águas pluviais.....	271
Serviços de drenagem urbana sustentável e manejo de águas pluviais (2) .....	271
Serviço de Referência para Atenção Integral à Mulher vítima de Violência Sexual no SUS .....	271
Serviços Especiais de Acesso Aberto .....	272
Serviços Residenciais Terapêuticos .....	272
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).....	272
Sistema de abastecimento de água.....	272
Sistema de esgotamento sanitário .....	273
Sistema público de manejo de resíduos sólidos.....	273
Testagem de material de doação de sangue.....	273
Tipologia das ações de saúde.....	273
Tipologia das ações e serviços de saúde .....	273
Tipologia da ação ou serviço, segundo critérios e/ou regramentos de acesso.....	274
Tipologia das redes de serviços de saúde .....	274
Transplante .....	274
Traumatologia e Ortopedia.....	274
Triagem auditiva neonatal .....	274
Tuberculose pulmonar.....	275
Unidade Básica de Saúde (UBS) .....	275
Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) .....	275
Unidade de Acolhimento Adulto .....	275
Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil .....	276
Unidade de Atendimento Especializado em Saúde (UAES).....	276
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) .....	276
Vacina Pentavalente .....	277
Vigilância alimentar e nutricional.....	277
Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras .....	277
2. Ciência e tecnologia em saúde.....	277
Acordo de Compensação Tecnológica / Plano de Expansão de Radioterapia no SUS.....	277
Acordo de Cooperação Técnica.....	278
Análise de Situação de Saúde .....	278
Atenção de Referência e Pesquisa Clínica em Patologias de Alta Complexidade e Doenças Infeciosas .....	278

Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).....	278
Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS/Fiocruz) .....	278
Central Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CENADI) .....	279
Ciência e Tecnologia em saúde .....	279
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa .....	279
Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) .....	279
Complexo Industrial da Saúde (CIS) .....	280
Conhecimento científico.....	280
Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero .....	280
Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica.....	280
Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.....	280
Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil .....	281
Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.....	281
Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.....	281
Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás).....	281
Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde (ETECS) .....	282
Ética em pesquisa com seres humanos.....	282
Fomento à Pesquisa e Desenvolvimento de Tecnologias Alternativas Regionalizadas, com vistas à Sustentabilidade dos Serviços e Ações de Saúde Ambiental.....	282
Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) .....	283
Fundo Rotatório da OPAS para Acesso a Vacinas (FRV) .....	283
Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos .....	283
Guia prático de tratamento da malária .....	283
Incorporação, exclusão e alteração de tecnologias no SUS .....	284
Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT) .....	284
Instituto Butantan.....	285
Instituto de Tecnologias em Imunobiológicos (Biomanguinhos) / FIOCRUZ .....	285
Instituto René Rachou .....	285
Insumos estratégicos para a saúde .....	285
Inovação .....	285
Inovação tecnológica.....	286
Materiais Especiais .....	286
Medicamentos .....	286
Medicina Tropical.....	286
Medidas de Compensação na Área da Saúde (MECS) .....	286
Órtese .....	287

Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) .....	287
Pesquisa nos Estabelecimentos de Saúde .....	287
Plantas medicinais e Medicamentos Fitoterápicos .....	287
Produto .....	288
Projeto de Construção do Complexo Industrial de Biotecnologia em Saúde (CIBS).....	288
Prótese .....	288
Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas .....	288
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) .....	288
Protocolo Clínico de Manejo da Obesidade .....	289
Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids.....	289
Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) .....	289
Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PenSSAN).....	289
Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) .....	290
Rede de Plataformas Tecnológicas FIOCRUZ.....	290
Soberania nacional de tecnologias estratégicas e da inovação em saúde.....	290
Tecnologias em saúde (1).....	290
Tecnologias em saúde (2).....	290
Tecnologias em saúde (3).....	291
Tecnologia biomédica .....	291
Tipologia das redes de pesquisa em saúde .....	291
Vacinas .....	291
VIGITEL .....	291
3. Controle social .....	292
Caráter deliberativo dos conselhos de saúde .....	292
Conferências de Saúde .....	292
Conselhos de Saúde .....	292
Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI).....	292
Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI).....	292
Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPDCONDISI).....	292
Conselho Nacional de Saúde .....	293
Conselhos Locais de Saúde (CLS).....	293
Controle social .....	293
Controle Social (2).....	293
Controle social (3).....	293
Documentos produzidos pelos Conselhos de Saúde .....	293
Estrutura dos Conselhos de Saúde .....	294

Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde .....	294
Instâncias do Controle Social .....	294
Plenária dos Conselhos de Saúde.....	294
4. Direito à saúde .....	295
Acesso à informação .....	295
Agenda regulatória (AR).....	295
Alimentação e nutrição.....	296
Carta dos direitos dos usuários do SUS .....	296
Constituição Federal de 1988 .....	296
Descentralização .....	296
Diminuição da pobreza.....	297
Direito à saúde .....	297
Direito à saúde (2).....	297
Direitos sociais dos trabalhadores da saúde .....	298
Emendas constitucionais (EC).....	298
Equidade.....	298
Humanização .....	298
Instrumentos legais do Sistema Único de Saúde (SUS).....	299
Instrumentos infralegais .....	299
Instrumentos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS) .....	299
Integralidade .....	299
Justiça fiscal para distribuição de renda.....	299
Leis Orgânicas da Saúde .....	299
Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).....	300
Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).....	300
Política Nacional de Fortalecimento do SUS .....	300
Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.....	300
Qualidade de vida .....	300
Reavaliação de agrotóxicos .....	301
Reforma tributária.....	301
Universalidade .....	301
Uso racional de medicamentos .....	302
5. Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).....	302
Ação orçamentária .....	302
Atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais.....	302
Bloco de Estruturação do Fundo Nacional de Saúde.....	302

Bloco de Manutenção do Fundo Nacional de Saúde .....	302
Desperdício de recursos públicos da saúde .....	303
Despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS).....	303
Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) 2 .....	303
Despesa Corrente .....	303
Despesas de capital .....	304
Despesas de custeio.....	304
Economia da Saúde.....	304
Emendas ao Orçamento.....	304
Emendas Parlamentares.....	304
Estratégia Compensação de Especificidades Regionais (CER) .....	305
Financiamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).....	305
Financiamento do SUS.....	305
Financiamento estável e sustentável do SUS .....	305
Financiamento público em saúde.....	306
Financiamento da Assistência à Saúde.....	306
Financiamento dos Sistemas de Saúde.....	306
Financiamento Tripartite do SUS .....	306
Fundo Estadual de Saúde (FES) .....	306
Fundo Municipal de Saúde (FMS).....	307
Fundo Nacional de Saúde (FNS) .....	307
Grupos de Natureza das Despesas do Orçamento Público.....	307
Incentivos financeiros para ações de vigilância sanitária.....	307
Modalidades de transferência de recurso .....	307
Núcleo de Economia da Saúde (NES) .....	308
Padrão de gastos em saúde .....	308
Piso da Atenção Básica PAB Fixo.....	309
Piso da Atenção Básica PAB Variável.....	309
Projetos de coleta e reciclagem de material .....	309
Prótese .....	309
Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) .....	309
Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) .....	309
Transferência fundo a fundo.....	310
6. Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).....	310
Administração de Serviços de Saúde.....	310
Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil.....	310

Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) .....	310
Apoio a Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico .....	311
Apoio Institucional.....	311
Articulação da Gestão do SUS local com a Atenção Básica Indígena .....	311
Articulação entre os níveis de atenção .....	312
Articulação Interfederativa.....	312
Atuação internacional do Ministério da Saúde .....	312
Auditoria no Sistema Único de Saúde .....	312
Avaliação da Gestão do SUS.....	313
Calendário Nacional de Vacinação .....	313
Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas .....	313
Carta SUS .....	313
Comissão Intergestores Bipartite (CIB) .....	313
Comissão Intergestores Regional (CIR).....	314
Comissão Intergestores Tripartite (CIT) .....	314
Consórcio público .....	314
Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.....	314
Controle e Avaliação no SUS .....	315
Distribuição dos Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica .....	315
Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) .....	315
Espaços estratégicos da gestão participativa .....	316
Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS).....	316
Formulação de Políticas de Saúde .....	316
Gerenciamento de resíduos sólidos.....	316
Gestão compartilhada do SUS .....	316
Gestão de Tecnologias em Saúde .....	317
Gestão do SUS .....	317
Gestão de sistemas e serviços de saúde.....	317
Gestão em saúde .....	317
Gestão em saúde (2).....	318
Gestão integrada de resíduos sólidos .....	318
Gestão Orçamentária-Financeira .....	318
Gestão Participativa .....	318
Instrumentos de Gestão .....	318
Integridade Pública .....	319
Macrorregião de Saúde.....	319

Mapa de Saúde.....	319
Ministério da Saúde .....	319
Monitoramento da Gestão do SUS .....	319
Planejamento Regional Integrado (PRI) .....	320
Planejamento Orçamentário e Financeiro .....	320
Plano de Ação Macrorregional da Saúde .....	320
Planos de saúde.....	320
Práticas de gestão participativa.....	320
Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.....	321
Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde.....	321
Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI).....	321
Quali-SUS-Rede .....	321
Rede interfederativa (2).....	322
Redes regionalizadas de saúde.....	322
Regiões de Saúde .....	322
Regiões Metropolitanas.....	322
Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE) .....	323
Regulação da Atenção à Saúde.....	323
Regulação do Acesso à Assistência .....	323
Relação interfederativa.....	323
Responsabilidade interfederativa do SUS .....	323
Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS).....	324
Sistemas Nacionais de Saúde .....	324
Sistema Nacional de Hemovigilância .....	324
Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB).....	324
Sistema Nacional de Residências em Saúde (SINAR) .....	324
Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN).....	325
Sistema Nacional de Transplantes (SNT) .....	325
Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS).....	325
Sistema Nacional de Vigilância Sanitária .....	325
Sistema Único de Saúde (SUS) .....	325
Sistema Único de Saúde (SUS) (2).....	326
Subsistema do SUS .....	326
Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) .....	326
Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano .....	326
Transferência de recursos da União.....	326

Transparência na gestão pública .....	327
Transporte Sanitário Eletivo .....	327
7. Informação e comunicação em saúde .....	327
Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente (IdeiaSUS) .....	327
Banco de Preços em Saúde (BPS) .....	327
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) .....	328
Calendário da Saúde.....	328
Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) .....	328
Canal Saúde .....	328
Cartão Nacional de Saúde (CNS) .....	328
Casa Oswaldo Cruz (COC) .....	329
CATSER – Catálogo de Serviços & CATMAT – Catálogo de Materiais .....	329
Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS).....	329
Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2).....	329
Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	330
Comunicação de risco .....	330
Comunicação e Informação em Saúde para o Controle Social .....	330
Comunicação em Saúde .....	330
Comunicação pública.....	330
Democratização da comunicação.....	331
E-Gestor Atenção Básica.....	331
Estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS).....	331
Estratégias de comunicação em saúde da gestão do SUS .....	331
Financiamento APS.....	332
Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) .....	332
História natural da doença.....	333
Histórico de Cobertura da Atenção Básica.....	333
Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados.....	333
Identidade Visual .....	333
Indicadores selecionados para monitoramento da situação de saúde ambiental .....	333
Informatiza APS.....	334
Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas.....	334
Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) .....	335
Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT).....	335
Interoperabilidade da Informação em Saúde .....	335
Lista de Agravos de Notificação Compulsória.....	335
Monitoramento do Programa Academia da Saúde (PAS).....	336

Mostra “Brasil, Aqui tem SUS” .....	336
Notificação de reações transfusionais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária .....	337
Padrão de interoperabilidade e de informação em saúde .....	337
Painel de Adesões ao Programa Saúde na Escola.....	337
Pesquisa Opinião sobre Estratégia e-SUS AB.....	337
Portal da Transparência.....	337
Prêmio Sérgio Arouca Experiências exitosas em Gestão Participativa no SUS .....	338
Programa Nacional de Gestão de Custos .....	338
Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).....	338
Publicidade de Utilidade Pública (PUP) .....	338
Qualidade da informação acessível.....	338
Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).....	339
Redes sociais do Ministério da Saúde.....	339
Registro Brasileiro de Transplante (RBT).....	339
Registro das condicionalidades de saúde do Programa Auxílio Brasil.....	339
Registro Eletrônico de Saúde (RES).....	339
Registro Hospitalar de Câncer (RHC).....	340
Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).....	340
Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) .....	340
Relatório de Profissionais cadastrados no Programa Mais Médicos .....	340
Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE).....	340
Saúde na Hora.....	341
Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).....	341
Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.....	341
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).....	341
Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) .....	342
Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) .....	342
Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).....	342
Sistema de Informações Hospitalares (SIH).....	342
Sistema de Informação para Convênios e Transferências da Funasa .....	342
Sistema de Informação para Saúde Suplementar.....	343
Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) .....	343
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).....	343
Sistema de Monitoramento de Micronutrientes Programas Vita A, FERRO e NUTRISUS .....	343
Sistema de Monitoramento do PMAQ AB.....	344
Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS).....	344

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional .....	344
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (2).....	344
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I).....	344
Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).....	345
Sistema e-SUS Notifica (ESUS VE).....	345
Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG).....	345
Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus).....	345
Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS → SINISA).....	346
Sistemas de Informação em Saúde (SIS) .....	346
Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde.....	346
SIVEP-Malária.....	346
Transparência Pública .....	347
8. Modelos de atenção integral à saúde.....	347
Alta complexidade .....	347
Ambiência de maternidade para atenção humanizada ao parto e ao nascimento .....	348
Articulação da atenção básica, redes temáticas e rede de atenção à saúde .....	348
Atenção à Doença Renal Crônica (DRC).....	348
Atenção à Saúde.....	349
Atenção à Saúde (2) .....	349
Atenção à Saúde da Gestante de Alto Risco.....	349
Atenção Integral à Saúde da Criança .....	349
Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde .....	350
Atenção Básica .....	350
Atenção básica à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional .....	350
Atenção Básica à Saúde dos Povos Indígenas .....	350
Atenção Domiciliar (AD).....	351
Atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei.....	351
Atendimento às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).....	352
Atendimento às pessoas vítimas de violência sexual no SUS .....	352
Atendimento das necessidades de saúde .....	352
Condições para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas.....	352
Estratégia pelo Fim da Tuberculose.....	353
Linha de Cuidado .....	353
Linha de Cuidado da Atenção às Pessoas com Doenças Raras .....	354
Linhas de cuidado das doenças crônicas e/ou fatores de risco mais prevalentes .....	354
Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO) .....	354

Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa .....	354
Média complexidade .....	355
Modelos de Assistência à Saúde .....	355
Modelo de atenção à saúde .....	355
Modelo de Atenção às Condições Crônicas .....	355
Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rblh-BR).....	356
Rede Cegonha .....	356
Rede de Atenção à Saúde .....	356
Rede de Atenção à Saúde Bucal .....	356
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no âmbito do SUS .....	357
Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).....	357
Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI).....	357
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) .....	357
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde .....	358
Rede de serviços de saúde .....	358
Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) .....	358
Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental.....	359
Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária .....	359
Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade .....	359
Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica.....	359
Rede Nacional de Serviços de Hemoterapia (Hemorrede).....	359
Rede Própria do Programa Farmácia Popular .....	360
Redes Temáticas de Atenção à Saúde .....	360
Tipologia das Redes de Atenção à Saúde.....	360
9. Participação da comunidade .....	360
Articulação com movimentos sociais.....	361
Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) .....	361
Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).....	361
Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS).....	361
Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização (CTAI).....	361
Câmara Técnica em Imunização da Covid-19 (CTAI COVID-19).....	362
Canais de Atendimento .....	362
Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) .....	362
Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) .....	362
Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP-Rua).....	363

Comitês setoriais .....	363
Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA) .....	364
Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS.....	364
Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT) .....	364
Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) .....	365
Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP) .....	365
Espaços de participação social.....	365
Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil – FPAS.....	365
Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC).....	366
Grupo Terra .....	366
Órgãos colegiados .....	366
Ouvidoria do SUS .....	366
Participação da comunidade .....	367
Participação da comunidade e do cidadão.....	367
Participação social.....	367
Participação social (2) .....	367
10. Políticas públicas de saúde .....	367
Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) 2011-2022.....	368
Plano de Expansão de Radioterapia no SUS (PER/SUS).....	368
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM).....	368
Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) .....	368
Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência ou Plano Viver Sem Limites ....	369
Política de saúde .....	369
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).....	369
Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf).....	369
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas .....	370
Política Nacional de Atenção às Urgências.....	370
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).....	370
Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) .....	371
Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes.....	371
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Crianças (PNAISC) .....	371
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).....	371
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.....	372
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) .....	372

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem .....	372
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano / Romani.....	372
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas .....	373
Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras .....	373
Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS).....	373
Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes .....	374
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) .....	374
Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) .....	374
Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.....	374
Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS).....	374
Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS .....	375
Política Nacional de Humanização (PNH ou HumanizaSUS) .....	375
Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).....	375
Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS) .....	375
Política Nacional de Medicamentos.....	376
Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos .....	376
Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) .....	376
Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.....	377
Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde .....	377
Política Nacional de Resíduos Sólidos.....	377
Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados .....	377
Política Nacional de Saúde Bucal .....	377
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra .....	378
Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta .....	378
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais .....	378
Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.....	378
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....	378
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.....	379
Política Nacional de Saúde Mental .....	379
Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).....	379
Política Nacional para a População em Situação de Rua .....	379
Políticas de Promoção da Equidade em Saúde .....	380
Políticas de Saúde .....	380
Políticas públicas .....	380
Políticas sociais.....	381
Programa Academia da Saúde (PAS) .....	381

Programa “Ambientes de trabalho livres do tabaco” .....	381
Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS) .....	381
Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) .....	381
Programa de Integridade Pública .....	382
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) .....	382
Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) .....	382
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica .....	382
Programa De Volta para Casa (PVC) .....	383
Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) .....	383
Programa Mais Médicos .....	383
Programa Mulher Segura e Protegida .....	384
Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) .....	384
Programa Nacional de Controle do Tabagismo .....	384
Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) .....	384
Programa Nacional de Imunizações .....	384
Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) .....	385
Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária .....	385
Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS) .....	385
Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) .....	385
Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A .....	386
Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) .....	386
Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) .....	386
Programa Previne Brasil .....	386
Programa de Requalificação de UBS (Requalifica UBS) .....	387
Programa Saúde na Escola (PSE) .....	387
Programa Saúde na Hora .....	387
Programas da atenção a agravos específicos .....	387
Programas da organização da atenção à saúde .....	388
Programas da organização do SUS .....	388
Programas das tecnologias em saúde .....	388
Programas de promoção, proteção e recuperação da saúde .....	388
Programas e projetos de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde .....	389
Programas e projetos da saúde de segmentos populacionais .....	389
Tipologia das políticas de saúde .....	389
Tipologia das políticas de organização da atenção à saúde .....	390

Tipologia das políticas de organização do SUS .....	390
11. Relação público-privada.....	390
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) .....	390
Balança Comercial do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) .....	391
Complementação dos serviços públicos de saúde .....	391
Complexo Econômico e Industrial da Saúde (CEIS).....	391
Contratação pública.....	391
Contrato de Gestão.....	391
Defesa do SUS 100% Estatal.....	392
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).....	392
Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.....	392
Formas de privatização no setor saúde.....	392
Importação de Medicamentos.....	392
Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) .....	393
Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal.....	393
Parcerias Público-Privadas (PPP) .....	393
Marco regulatório da Saúde Suplementar .....	393
Movimento Parto Adequado.....	394
Novos modelos de assistência em saúde suplementar .....	394
Organizações não governamentais (ONGS).....	394
Organizações sociais (OS).....	394
Pesquisa e Desenvolvimento nas Organizações Sociais .....	395
Relação Público/Privado .....	395
Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) .....	395
Serviço Social Autônomo "Associação das Pioneiras Sociais" .....	395
Sistema de aquisição de compras de medicamentos.....	396
Terceiro Setor .....	396
Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) .....	396
12. Trabalho e educação em saúde .....	397
Ambientes de Trabalho Saudáveis.....	397
AVASUS .....	397
Capacitação de conselheiros de saúde.....	397
Catadores de materiais recicláveis e reutilizáveis.....	397
Curso 30 hs Implementando o Programa Saúde na Escola .....	397
Demandas do mundo do trabalho na área da saúde .....	398
Desprecarização do Trabalho no SUS.....	398
Educação à distância .....	398

Educação continuada.....	398
Educação em Saúde .....	398
Educação em Saúde Ambiental .....	399
Educação Permanente em Saúde (EPS) .....	399
Educação popular em saúde .....	399
Educare.....	399
Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil .....	400
Formação de Profissionais para APS .....	400
Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.....	400
Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).....	400
Plataforma RENAST.....	400
Processo de trabalho em saúde .....	401
Produção do cuidado em saúde.....	401
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde) .....	401
Programa Nacional de Bolsas para Residências em Área Profissional da Saúde (Pró-Residência) .....	401
Programa Trabalhando com Parceiras Tradicionais .....	402
Protagonismo do trabalhador.....	402
Regulação do Trabalho em Saúde.....	402
Residência Médica .....	402
Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) .....	402
UNA-SUS.....	403
Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS).....	403
Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS).....	403
Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS).....	403

## 1. Acesso às ações e serviços de saúde

TG: Direito à saúde; universalidade; Oferta de serviços de saúde; **Equidade em saúde e social**

TR: acessibilidade

TE: Aspectos geográficos, econômicos, culturais e funcionais dos serviços de saúde

Brasil. Tesouro Eletrônico do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&x=1&s=&n=50&t=&l=60&y=0&w>. Acesso 18 Abr 2022.

**Acessibilidade** Atributo que envolve a relação entre os **recursos de poder do usuário** (econômicos, sociais e culturais) e a **situação dos serviços** (geográficos, organizacionais e de utilização), cujo desfecho pode interferir negativo/positivamente no **manejo do problema de saúde** em questão. Deve ser garantida do ponto de vista geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação as normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população. Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Acesso às ações e serviços de saúde** Incorporar ao termo acesso os mais variados matizes, como **suficiência de serviços**, a **eliminação de barreiras**, o acolhimento, o padrão de integralidade, a adequação geográfica, as realidades culturais e a precisão do tempo.

Fonte: SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2876-2878, 2012. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/csc/a/zySK5RgXbPMMBrPpYGmkQYx/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso 18 Abr 2022.

**Acesso aos serviços de saúde** Possibilidade dos indivíduos adentrarem e utilizarem serviços de atenção à saúde, com vistas à **resolução de problemas** que afetem a saúde. Dentre os fatores que influem nesta possibilidade incluem considerações geográficas, arquitetônicas, de transporte, financeiras, entre outras.

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](http://DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (bvsalud.org)). Acesso em 11 Abr 2022.

**Acesso aos serviços de saúde (2)**, *masc*. Conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o **atendimento às demandas** pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas no setor Saúde.

Fonte: BRASIL. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_economia\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_economia_saude.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Acesso aos serviços de saúde (3)** O mesmo que acessibilidade, diz respeito à forma de aproximação e entrada dos usuários ao sistema de serviços de serviços e remete à **identificação**

de barreiras legais, territoriais, socioeconômicas ou culturais que dificultam a relação da população com os serviços. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos serviços é universal, garantido por lei. Um dos aspectos do debate atual sobre o tema enfatiza a conveniência ou não de se estabelecer “portas de entrada”, como seria o caso das unidades de atenção primária e dos serviços de atenção à urgência e emergência, a partir dos quais os pacientes são encaminhados a serviços de maior complexidade tecnológica e organizacional. Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Acidentes e violências** Conjunto de **agravos à saúde**, que põe ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas).

Fonte: BRASIL. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737, de 16/05/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

**Ações de alimentação e nutrição na atenção primária** (i) vigilância alimentar e nutricional (avaliar estado nutricional como peso, altura e outros indicadores; e o consumo alimentar por meio de marcadores de consumo); (ii) promoção da alimentação adequada e saudável (conjunto de estratégias – ações educativas e aconselhamentos em consultas individuais ou em grupo – para realização de práticas alimentares apropriadas aos aspectos biológicos e socioculturais e ao uso sustentável do meio ambiente, a partir de guias alimentares do Ministério da Saúde – Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos e Guia Alimentar para a População Brasileira); (iii) prevenção das carências nutricionais (oferta de suplementos de ferro de 6 a 24 meses; vitamina A de 6 a 59 meses; e adição de suplemento contendo 15 vitaminas e minerais em pó à comida de crianças em creches do Programa Saúde na Saúde – PSE / NutriSUS); e (iv) manejo dietético da obesidade, diabetes e hipertensão arterial sistêmica (consultas individuais, atividades em grupo e visitas domiciliares; para obesidade deve ser realizada vigilância, estratificação de risco, ações de promoção da saúde intersetoriais e com participação social, promoção da alimentação adequada e saudável, apoio ao autocuidado, assistência terapêutica multiprofissional, coordenação do cuidado e acolhimento adequado).

Fonte: BORTOLINI, Gisele Ane et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 44, p. e39, 2020. Disponível em <https://scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e39/>. Acesso 25 Abr 2022.

**Ações de promoção da saúde** Ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais, **com foco nos condicionantes e determinantes sociais** do processo saúde-doença-cuidado.

Fonte: BUSS, Paulo Marchiori; CZERESNIA, D. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências, v. 2, p. 19-42, 2003.

**Ações de proteção da saúde** Ações para **vigiar e controlar riscos e vulnerabilidades** que podem afetar o estado de saúde de indivíduos e coletivos, bem como as potencialidades e recursos existentes ao seu enfrentamento e de seus mecanismos de reprodução. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é atribuição da **vigilância sanitária**, **vigilância epidemiológica** ampliada, **vigilância em saúde do trabalhador** e **vigilância ambiental** em saúde.

Fonte: SETA, Marismary Horsth De; OLIVEIRA, Catia Veronica dos Santos; PEPE, Vera Lúcia Edais. Proteção à saúde no Brasil: o sistema nacional de vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 3225-3234, 2017. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n10/3225-3234/>. Acesso 22 Abr 2022.

**Ações de recuperação da saúde** Ações que envolvem diagnóstico e tratamento de doenças, acidentes e danos à saúde, limitação da invalidez e reabilitação.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do SUS – Doutrinas e princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_sus1\\_doutrinas\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_sus1_doutrinas_principios.pdf). Acesso 22 Abr 2022.

**Ações e serviços da atenção primária TG:** Ações e serviços públicos em saúde (ASPS)

**TE:** (1) gestão da atenção primária; (2) atenção domiciliar; (3) atendimento cirúrgico ambulatorial básico; (4) Atendimento clínico na atenção primária; (5) Consulta e acompanhamento realizados por profissional de nível superior; (6) Exames diagnósticos na atenção primária; (7) Práticas integrativas e complementares; (8) Ações comunitárias; (9) Atenção familiar; (10) Atividades educativas, terapêuticas e de orientação à população; (11) Atividades físicas, educativas e de orientação à população; (12) Imunização; (13) Visita domiciliar ou institucional; (14) Atenção à saúde da criança; (15) Atenção à saúde da mulher; (16) Atenção à saúde de pessoas com doenças transmissíveis epidemiologicamente relevantes para o país; (17) Atenção à saúde do adolescente; (18) Atenção à saúde do homem; (19) Atenção à saúde do idoso; (20) Atenção à saúde dos adultos; (21) Atenção à saúde mental, álcool e outras drogas; (22) Educação em saúde sobre uso racional de medicamentos; (23) Orientação farmacêutica na dispensação de medicamentos; (24) Realização de procedimentos cirúrgicos em saúde bucal; (25) Realização de procedimentos clínicos em saúde bucal; (26) Atenção à saúde a pessoa com deficiência.

Fonte: BRASIL. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_acoes\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf). Acesso 20 Abr 2022.

**Ações e serviços de urgência e emergência** (1) Gestão de serviços de urgência e emergência; (2) Atendimento de urgência em Unidades Básicas de Saúde; (3) Atendimento de urgência em Unidades de Pronto Atendimento 24 horas; (4) Atendimento e urgência em unidades hospitalares; (5) Atendimento em Sala de Estabilização; (6) Atendimento pré-hospitalar de urgência para gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco; (7) Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência.

Fonte: BRASIL. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_acoes\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf). Acesso 20 Abr 2022.

**Ações e serviços de atenção especializada** (1) Gestão da atenção especializada; (a) Atenção ambulatorial especializada; (2) Acompanhamento ou tratamento de doenças ou condições clínicas crônicas; (3) Assistência domiciliar terapêutica multiprofissional em HIV/AIDS (ADTM); (4) Assistência especializada domiciliar realizada por equipe multiprofissional; (5) Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade; (6) Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por anemia falciforme e outras hemoglobinopatias; (7) Atendimento e acompanhamento de pacientes acometidos por doenças endócrinas, metabólicas ou

nutricionais; (8) Atendimento e acompanhamento de pacientes com depressão pós-parto; (9) Atendimento e acompanhamento de pacientes em reabilitação de pessoas com deficiência; (10) Atividade educativa ou orientativa em grupo na atenção especializada; (11) Cirurgia ambulatorial do sistema geniturinário: vasectomia; (12) Cirurgias ambulatoriais com anestesia; (13) Cirurgias ambulatoriais do sistema geniturinário; (14) Cirurgias ambulatoriais do sistema osteomuscular; (15) Cirurgias ambulatoriais em nefrologia; (16) Cirurgias ambulatoriais do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal; (17) Cirurgias ambulatoriais: cirurgia bucomaxilofacial; (18) Cirurgias ambulatoriais: cirurgia do aparelho circulatório; (19) Cirurgias ambulatoriais: cirurgia ginecológica e obstétrica; (20) Cirurgias ambulatoriais: cirurgia plástica reparadora; (21) Cirurgias ambulatoriais: cirurgia torácica; (22) Cirurgias ambulatoriais: cirurgia da mama; (23) Cirurgias ambulatoriais: cirurgias reparadoras para tratamento de grandes queimados e pacientes com lipoatrofia de face; (24) Cirurgias ambulatoriais: oftalmológicas; (25) Cirurgias ambulatoriais: pele, tecidos subcutâneos e mucosas; (26) Cirurgias ambulatoriais: vias respiratórias; (27) Coleta de material para exame complementar ao diagnóstico, por meio de punção ou biópsia; (28) Consultas eletivas especializadas realizadas por profissionais de nível superior; (29) Diagnóstico por endoscopia; (30) Diagnóstico por imagem; (31) Diagnóstico por medicina nuclear *in vivo*; (32) Diagnóstico por radiologia intervencionista; (33) Diagnósticos e procedimentos especiais em hemoterapia: exames do doador / receptor; (34) Diagnósticos e procedimentos especiais em hemoterapia: procedimentos especiais em hemoterápica; (35) Diagnósticos por testes rápidos; (36) Dispensação de órteses e próteses em caráter ambulatorial; (37) Exames anatomopatológicos; (38) Exames citopatológicos; (39) Exames citopatológicos para prevenção do câncer do colo uterino; (40) Exames complementares de diagnóstico: exames coprológicos; (41) Exames complementares de diagnóstico: exames de uroanálise; (42) Exames complementares de diagnóstico: exames hematológicos e hemostasia; (43) Exames complementares de diagnóstico: exames microbiológicos; (44) Exames complementares de diagnóstico: exames para triagem neonatal; (45) Exames complementares de diagnóstico: exames sorológicos e imunológicos; (46) Exames complementares do diagnóstico – exames em líquidos biológicos; (47) Exames complementares de diagnóstico: exames de genética; (48) Exames complementares do diagnóstico: exames imuno-hematológicos; (49) Exames hormonais; (49) Exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica; (50) Hemoterapia: medicina transfusional; (51) Hemoterapia: procedimentos destinados à obtenção do sangue para fins de assistência hemoterápica; (52) Métodos diagnósticos cinético-funcionais; (53) Métodos diagnósticos em angiologia; (54) Métodos diagnósticos em cardiologia; (55) Métodos diagnósticos em cardiologia intervencionista; (56) Métodos diagnósticos em ginecologia e obstetrícia; (57) Métodos diagnósticos em neurologia; (58) Métodos diagnósticos em oftalmologia; (59) Métodos diagnósticos em otorrinolaringologia e fonoaudiologia; (60) Métodos diagnósticos em pneumologia; (61) Métodos diagnósticos em pneumologia; (62) Métodos diagnósticos em psicologia e psiquiatria; (63) Métodos diagnósticos em urologia; (64) Outras cirurgias ambulatoriais; (65) Terapia nutricional; (66) Terapia em doenças alérgicas; (67) Terapias em urologia; (68) Tratamento em nefrologia: tratamento dialítico; (69) Tratamento oncológico: medicina nuclear – terapêutica oncológica; (70) Tratamento oncológico: quimioterapia adjuvante profilática em adultos; (71) Tratamento oncológico: quimioterapia curativo em adultos; (72) Tratamento oncológico: quimioterapia de tumores de crianças e adolescentes; (73) Tratamento oncológico: quimioterapia paliativa em adultos; (74) Tratamento oncológico: quimioterapia para controle temporário de doenças em adultos; (75) Tratamento oncológico: quimioterapia prévia neoadjuvante ou citorrredutora em adultos; (76) Tratamento oncológico: radioterapia; (77) Tratamento oncológico: tratamento de intercorrências clínicas em paciente oncológico; (b) Assistência odontológica e reabilitação protética; (78) Realização de procedimentos clínicos em Odontologia; (79) Realização de procedimentos com finalidade

diagnóstica em Odontologia; (80) Realização de procedimentos cirúrgicos em odontologia especializada; (81) Atividade educativa em saúde bucal; (82) Confeção de órteses e próteses odontológicas; (83) Laboratório regional de prótese dentária; (84) Centro de Especialidade Odontológica; (85) Atendimento odontológico para pacientes com necessidades especiais em ambientes hospitalares; (c) Atenção hospitalar; (86) Cirurgia do sistema osteomuscular; (87) Cirurgia bucomaxilofacial; (88) Cirurgias plásticas / reparadoras; (89) Cirurgia reparadora para lipodistrofia; (90) Cirurgia reparadora em tratamento de queimados; (91) Cirurgia geral; (92) Cirurgias em politraumatizados; (93) Internações de longa permanência; (94) Hospital-dia; (95) Cirurgia em oncologia; (96) Intervenções cirúrgicas para criação de acessos para diálise; (97) Transplantes; (98) Ações relacionadas a doação de órgãos e tecidos em doador; (99) Dispensação de órteses e próteses e materiais especiais em caráter hospitalar; (100) Tratamento intensivo; (101) Acolhimento com classificação de risco em maternidades; (102) Parto normal em gravidez de risco habitual; (103) Parto normal em gestação de alto risco; (104) Parto cesáreo em gravidez de risco habitual; (105) Parto cesáreo em gravidez de alto risco; (106) Parto cesáreo com laqueadura tubária; (107) Cirurgia bariátrica; (108) Internação para tratamento medicamentoso da osteogenesis imperfecta; (109) Cirurgia do sistema nervoso central e periférico relacionada ao trauma e anomalias do desenvolvimento; (110) Cirurgia do sistema nervoso central e periférico relacionada aos tumores do sistema nervoso; (111) Cirurgia do sistema nervoso central e periférico, relacionada às neurocirurgias vasculares; (112) Cirurgia do sistema nervoso central e periférico, relacionada ao tratamento neurocirúrgico da dor funcional; (113) Cirurgia do sistema nervoso central: investigação e cirurgia da epilepsia; (114) Cirurgia do sistema nervoso central e periférico, relacionada ao tratamento neuroendovascular; (115) Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço; (116) Cirurgia do aparelho da visão; (117) Cirurgia cardiovascular; (118) Cirurgia vascular; (119) Cardiologia intervencionista; (120) Cardiologia endovascular; (121) Eletrofisiologia; (122) Cirurgia do sistema nervoso central – neurocirurgia funcional estereotáxica.

Fonte: BRASIL. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_acoes\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf). Acesso 20 Abr 2022.

**Ações e serviços da vigilância em saúde** (1) Gestão da vigilância em saúde; (2) Autorização e funcionamento de empresas sujeitas a vigilância sanitária; (3) Registro, notificação, cadastro sanitário de produtos; (4) Anuência de importação e registro e exportação; (5) Anuência prévia de patente; (6) Regulação e preço de medicamentos e produtos para saúde; (7) Credenciamento e habilitação de laboratórios analíticos; (8) Controle sanitário e orientação de viajantes; (9) Monitoramento sanitário de produtos e serviços; (10) Gerenciamento do risco sanitário; (11) Análise e aprovação de projetos básicos de arquitetura; (12) Informação, educação e comunicação em vigilância em saúde; (13) Acolhimento e atendimento a notificações, denúncias e reclamações; (14) Regulamentação de ações de saúde pública sob vigilância sanitária; (15) Fiscalização sanitária de produtos e serviços; (16) Emissão de certidões e certificados; (17) Inspeção sanitária dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária; (18) Emissão e licença sanitária para estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária; (19) Farmacovigilância; (20) Alerta e resposta a surtos e eventos de importância em saúde pública; (21) Notificação de eventos de interesse de saúde pública; (22) Investigação e eventos de interesse de saúde pública; (23) Busca ativa; (24) Interrupção da cadeia de transmissão; (25) Controle e vetores, reservatórios e hospedeiros; (26) Diagnóstico laboratorial de eventos de interesse de saúde pública; (27) Vacinação; (28) Oferta e tratamento clínico e cirúrgico para doenças de interesse de saúde pública; (29) Realização de inquéritos epidemiológicos; (30) Prevenção de doenças e agravos; (31) Promoção da saúde.

Fonte: BRASIL. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_acoes\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf). Acesso 20 Abr 2022.

**Ações e serviços da atenção psicossocial** (1) Gestão da rede de atenção psicossocial; (2) Acolhimento e atenção de retaguarda para usuários de álcool e drogas; (3) Alta planejada e reabilitação psicossocial assistida; (4) Aplicação e testes psicodiagnósticos; (5) Atenção psicossocial – centros de atenção psicossocial; (5) Atenção psicossocial hospitalar; (6) Atividades educativas coletivas; (7) Diagnóstico em psicologia e psiquiatria; (8) Geração de trabalho e renda; (9) Residências terapêuticas para egressos de hospitais psiquiátricos; (10) Terapia em grupo; (11) Terapia individual; (12) Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais.

Fonte: BRASIL. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_acoes\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf). Acesso 20 Abr 2022.

**Ações intersetoriais em saúde** Ação intersetorial é um processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma **gestão integrada**, capaz de responder com eficácia a **solução de problemas** da população de um determinado **território**.

Fonte: MORETTI, Andreyra Cristina et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1827-1834, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/JGYgjZypv9L8dZrPFWzvbvm/abstract/?lang=pt>. Acesso 22 Abr 2022.

**TG:** Ações de promoção de saúde / **TR:** Articulação intersetorial; Ação integrada em saúde / **TE:** Abastecimento de água; Controle da qualidade da água para consumo humano; Consumo regular de refrigerante e suco artificial; Consumo regular de frutas e hortaliças; Destinação adequada de dejetos de aldeias indígenas; Domicílios rurais abastecidos por rede de distribuição ou poço ou nascente com canalização interna; Domicílios rurais servidos por rede coletora ou fossa séptica

**Agravos à saúde** **Danos** à integridade física, mental e social os indivíduos, provocados por doenças ou circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesões auto ou heteroinflingidas.

Fonte: TAUIL, Pedro Luis. Controle de agravos à saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas. *Inf. Epidemiol. Sus*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 55-58, jun. 1998. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731998000200006&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso 28 Abr 2022.

**Anemia por deficiência de ferro** Condição na qual a concentração de hemoglobina no sangue está abaixo do normal, sendo as **causas** principais por dieta insuficiente em ferro, folato, vitamina B12 ou vitamina A, inflamação crônica, infecções parasitárias e doenças hereditárias; e os **grupos de riscos mais vulneráveis** são crianças menores de dois anos, gestantes e mulheres em idade fértil. Entre as principais **consequências**, estão comprometimento do sistema imune; aumento do risco de doenças e mortalidade perinatal materna e infantil; redução da função cognitiva, do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com repercussões em outros ciclos vitais; e diminuição da capacidade de aprendizagem em crianças escolares e menor produtividade em adultos.

Fonte: BRASIL. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_suplementacao\\_ferro\\_condutas\\_gerais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Assistência Farmacêutica** No âmbito do SUS, organiza-se em 3 componentes: (1) **Componente básico** da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica em Saúde e daqueles agravos e programas de saúde específicos, por meio de repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde; (2) **Componente estratégico** da Assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias (tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional), antirretrovirais do Programa DST/Aids, sangue e hemoderivados e imunobiológicos, sendo os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde; e (3) **Componente especializado** para acesso a tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Há ainda subsídios na modalidade de copagamento pelo Ministério da Saúde para aquisição de medicamentos nos comércios varejistas amplamente utilizados pela população como para hipertensão, diabetes e asma, no **Programa Farmácia Popular do Brasil**.

Fonte: BRASIL. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos\\_farmaceuticos\\_atencao\\_basica\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Autocuidado apoiado** **Colaboração estreita entre a equipe de saúde e usuários**, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir planos de cuidado e resolver problemas que apareçam ao longo do processo de manejo. Implica mudança de prática, relação horizontalizada, disponibilização de instrumentos de baseados em evidências clínicas, estratégias grupais, ações educacionais, informações e recursos da comunidade para que as metas de autogerenciamento sejam obtidas. Desenvolve autorresponsabilidade sanitária e transforma o profissional de saúde em parceiro do usuário.

Fonte: BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Banco de Leite Humano (BLH)** **Serviço especializado** vinculado a um **hospital de atenção materna e/ou infantil**, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução das atividades de coleta da produção láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição.

Fonte: BRASIL. Banco de Leite Humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília: ANVISA, 2008. Disponível em [https://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/manual\\_banco\\_leite.pdf](https://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/manual_banco_leite.pdf). Acesso 28 Abr 2022.

**Capacidade instalada** **Rede própria de serviços do SUS** bem como aqueles da rede conveniada / contratada de forma complementar **\*Saúde Complementar\*** e estabelecida por meios formais (contratualização).

Fonte: CONASS. Guia de apoio à Gestão Estadual do SUS. Planejamento Regional Integrado. Disponível em <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>. Acesso 04 Mai 2022.

**Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde** Documento que visa nortear as ações de saúde na APS brasileira com forte reconhecimento da clínica multiprofissional; documento orientador para todos os serviços de APS no Brasil; instrumento que visa contribuir para o fortalecimento da oferta de cuidados próprios da APS. São componentes: (i) Vigilância em saúde e promoção à saúde; (ii) Atenção e cuidados centrados no adulto e no idoso; (iii) Atenção e cuidados centrados na criança e no adolescente; (iv) Procedimentos na atenção primária à saúde; e (v) Atenção e cuidados relacionados à saúde bucal – odontologia.

Fonte: BRASIL. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI)** Localizadas em municípios de referência dos distritos indígenas distribuídas em todo o país, oferecem cuidados de saúde como: alojamento e alimentação para pacientes e acompanhantes, cuidados de enfermagem, marcação de consultas, exames e internações hospitalares.

Fonte: Ministério da Saúde. Notícias. CASAIS: Ministério da Saúde quer aprimorar Casas de Apoio à Saúde Indígena. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2014/setembro/casais-ministerio-da-saude-quer-aprimorar-casas-de-apoio-a-saude-indigena>. Acesso 12 Mai 2022.

**Centrais Estaduais de Transplante** Responsável pela notificação, captação e distribuição de órgãos.

Acesso à relação das centrais no link <https://site.abto.org.br/transplantes/centros-de-transplantes/?estado=12&orgao=0>. Acesso 03 Mai 2022.

**Central Nacional de Transplantes** Articula o trabalho das Centrais Estaduais de Transplantes e provê meios para as transferências de órgãos entre os estados.

Fonte: <https://saude.rs.gov.br/entenda-o-sistema-nacional-de-transplantes#:~:text=A%20Central%20Nacional%20articula%20o,no%20seu%20estado%20de%20origem>. Acesso 22 Jun 2022.

**Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)** Serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial.

Fonte: Ministério da Saúde. Ações e Programas. Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>. Acesso 11 Mai 2022.

**Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)** Pontos da atenção secundária ambulatorial que utilizam mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos, para assegurar a integralidade do atendimento, buscando superar a fragmentação das ações e descontinuidade da atenção à saúde, organizando uma rede de atenção coordenada pela Atenção Básica.

Fonte: BRASIL. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Centro de Parto Normal (CPN)** Unidades de atendimento ao parto normal, localizadas fora do centro cirúrgico obstétrico. Dispõem de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas baseadas em evidências recomendadas e que os diferenciam dos serviços tradicionais de atenção obstétrica. Surgiram com o objetivo de resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher ao dar à luz num local semelhante ao seu ambiente familiar, e ao mesmo tempo garantir segurança à mãe e seu filho, oferecendo-lhes recursos tecnológicos apropriados em casos de eventual necessidade.

Fonte: MACHADO, Nilce Xavier de Souza e PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2006, v. 40, n. 2. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200017>. Acesso 12 Mai 2022.

**Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)** Atividades: (1) desempenhar funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; (2) dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na APS, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da RAS; e (3) atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersectoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

Fonte: BRASIL. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernoab\\_saude\\_do\\_trabalhador.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernoab_saude_do_trabalhador.pdf). Acesso 10 Mai 2022.

**Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)** Centros constituídos de infraestrutura e logística específicas, destinados ao atendimento de indivíduos portadores de quadros clínicos especiais. Tem por objetivos (i) facilitar o acesso da população, em especial dos portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida e de outras condições especiais de morbidade ou exposição a situações de risco, aos imunobiológicos especiais para prevenção das doenças que são objeto do Programa Nacional de Imunizações - PNI; e (ii) garantir os mecanismos necessários para investigação, acompanhamento e elucidação dos casos de eventos adversos graves e/ou inusitados associados temporalmente às aplicações de imunobiológicos.

Fonte: BRASIL. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_centros\\_imunobiologicos\\_especiais\\_5ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf). Acesso 31 Mai 2022.

**Centro Especializado de Reabilitação (CER)** Ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território.

Fonte: BRASIL. Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas. Disponível em [https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Manual-de-Ambienciac-dos-Centros-Especializados-em-Reabilitacao-e-das-Oficinas-Ortopedicas\\_07-de-outubro-de-2020.pdf](https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Manual-de-Ambienciac-dos-Centros-Especializados-em-Reabilitacao-e-das-Oficinas-Ortopedicas_07-de-outubro-de-2020.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Coleta seletiva** Coleta de resíduos sólidos previamente segregados conforme sua constituição ou composição.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 02/08/2010. Institui a Política Nacional de Resíduos sólidos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos). Acesso 03 Mai 2022.

**Condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família** (Vigência: 2003 a 2021) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pela vigilância nutricional, vacinação para crianças menores de sete anos e assistência pré-natal e pós-parto.

Fonte: Carvalho, Alice Teles de, Almeida, Erika Rodrigues de e Jaime, Patrícia Constante. Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. Saúde e Sociedade [online]. 2014, v. 23, n. 4, pp. 1370-1382. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400020>. Acesso 26 Abr 2022.

**Condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Auxílio-Brasil** (Vigência: 2022 até o momento) Oferta de serviços para realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do estado nutricional infantil e imunização das crianças.

Fonte: Programa Auxílio Brasil. Disponível em <https://auxilioBrasil.saude.gov.br/>. Acesso 26 Abr 2022.

**Consultório na Rua** Instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. É composto por equipes de atenção básica, compostas por profissionais de saúde (enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional de educação física, profissional com formação em arte e educação e médico, dependendo da modalidade da equipe) com responsabilidade exclusiva de articular e prestar **atenção integral à saúde às necessidades de saúde das pessoas em situação de rua**, de forma itinerante e em parceria com outros serviços do território.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Consultório na Rua. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>. Acesso 11 Mai 2022.

**Destinação final de resíduos sólidos ambientalmente adequada** Destinação de resíduos que inclui a **reutilização, a reciclagem, a compostagem, a recuperação e o aproveitamento energético** ou outras destinações admitidas pelos órgãos competentes do Sisnama, do SNVS e do Suasa, entre elas a **disposição final**, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 02/08/2010. Institui a Política Nacional de Resíduos sólidos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos). Acesso 03 Mai 2022.

**Determinantes da saúde** Noção que abarca um conjunto de elementos estruturais e históricos que determinam e condicionam a ocorrência e distribuição de fenômenos relacionados ao

processo saúde-doença-cuidado em indivíduos, grupos e populações. Incluem fatores de ordem genético-hereditária (determinação biológica), ambientais (determinação ecológica), econômicos (determinação econômica), comportamentais (determinação cultural) e sócio-sanitários (relacionados com o acesso a serviços de saúde, em quantidade e qualidade compatíveis com a promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva).

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 02 Mai 2022.

**Determinantes sociais da saúde** (...) Fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como: moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. (...)

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 02 Mai 2022.

**Determinantes sociais da saúde (2)** Condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham que geram a maior parte dos problemas de saúde, que se produzem a partir das consequências das interações entre diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o nível das comunidades afetadas por políticas sanitárias nacionaisdeter.

Fonte: Galvão, Luiz Augusto; Finkelman, Jacobo; Henao, Samuel (org.). **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Washington DC: OPAS, 2011. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51687>. Acesso 02 Mai 2022.

**Determinantes socioambientais** Riscos e perigos ambientais que que afetam a expectativa de vida e a morbimortalidade da população: esgotamento de recursos, mudanças climáticas, vulnerabilidade e poluição. (...) Condições que afetam a saúde da população urbana e rural derivados de exposição a poluentes atmosféricos; efeitos agudos e crônicos resultantes da exposição direta e indireta a pesticidas de amplo uso na agricultura; exposição a metais pesados como chumbo, mercúrio, arsênico e compostos orgânicos persistentes que afetam de forma ocupacional e ambiental diversos setores da população; deterioração do ecossistema e da biodiversidade; dicotomia entre sustentabilidade e produtividade; emergências ambientais tecnológicas e desastres naturais; carga de doença atribuível ao meio ambiente.

Fonte: Galvão, Luiz Augusto; Finkelman, Jacobo; Henao, Samuel (org.). **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Washington DC: OPAS, 2011. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51687>. Acesso 02 Mai 2022.

**Disposição final de rejeitos ambientalmente adequada** Distribuição ordenada de rejeitos em aterros, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 02/08/2010. Institui a Política Nacional de Resíduos sólidos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos). Acesso 03 Mai 2022.

**Doenças crônicas não transmissíveis** Constituem o problema de saúde de maior magnitude (cerca de 70% das causas de morte) acometendo mais camadas pobres da população e grupos

vulneráveis (população de baixa escolaridade e renda), tais quais acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Principais determinantes são as desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e serviços, baixa escolaridade, desigualdades no acesso à informação, além de fatores de risco modificáveis como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

Fonte: BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso 27 Abr 2022.

**Doença Renal Crônica (DRC)** Termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. Muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal: pessoas com diabetes, hipertensa, idosos, obesos (IMC>30 kg;m<sup>2</sup>), doença prévia do aparelho circulatório, histórico de DRC na família, tabagismo e uso de agentes nefrotóxicos..

Fonte: BRASIL. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Doenças transmissíveis** Tendências das doenças transmissíveis: doenças transmissíveis com tendência declinante que dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle (varíola, poliomielite, sarampo, tétano neonatal, tétano acidental, difteria, coqueluche, doença de chagas, febre tifoide, oncocercose, filariose e peste); doenças transmissíveis com quadro de persistência (hepatites virais, tuberculose, leptospirose, meningites, leishmaniose, esquistossomose, malária e febre amarela) e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes que surgiram ou foram identificadas em períodos recentes, ou aquelas que assumiram novas condições de transmissão, e as que ressurgiram como problema de saúde pública após terem sido controladas no passado (Aids, cólera, dengue, hantavírus, influenza A, influenza sazonal, síndrome respiratória aguda grave (SRAG),

Fonte: BRASIL. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_infecciosas\\_parasitaria\\_guia\\_bolso.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf). Acesso 29 Abr 2022.

**Equipe de referência para atenção aos adolescentes em conflito com a Lei** Equipe da Atenção Primária à Saúde identificada no Plano Operativo e no Plano de Ação Anual da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, com **ações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento desses adolescentes, à sexualidade responsável e ao planejamento familiar** em respeito às condições peculiares de desenvolvimento e maturidade de cada uma das faixas etárias que podem estar incluídas nos programas de atendimento, bem como a **ações de promoção e prevenção de agravos**.

Fonte: BRASIL. Pnaisari: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: instrutivo para a implantação e implementação da Pnaisari. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrutivo\\_pnaisari.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrutivo_pnaisari.pdf). Acesso 19 Mai 2022.

**Equipe de Saúde Bucal (eSB)** Cirurgiões dentistas CD (realiza diagnóstico, atenção à saúde bucal individual e coletiva, procedimentos clínicos da AB em saúde bucal (incluindo urgência, pequenas cirurgias ambulatoriais e fazer clínica da instalação de próteses dentárias elementares, atividades programadas e de demanda espontânea, supervisão técnica de ASB e TSB e gerenciamento de insumos necessários para o Diagnóstico adequado funcionamento da UBS); Técnico em Saúde Bucal TSB (realiza atenção em saúde bucal individual e coletiva, coordena a manutenção e conservação de equipamentos odontológicos, apoia as atividades do ASB e ACS nas ações de promoção e prevenção da saúde bucal, participa do gerenciamento dos insumos necessários e treinamentos e capacitação de ASB, acolhimento do paciente, remoção do biofilme, fotografias e tomadas de uso odontológico, entre outros) e/ou Auxiliar em Saúde Bucal ASB (realiza ações de promoção e prevenção em saúde bucal para famílias, grupos e indivíduos, executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho, acolhimento do paciente, processar filme radiográfico, selecionar moldeiras, preparar modelos em gesso, manipular materiais de uso odontológico e participar de levantamentos e estudos epidemiológicos como examinador, entre outros).

Fonte: BRASIL. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Equipe de Saúde da Família (eSF)** Equipe multiprofissional devidamente cadastrada no CNES, composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Estratégia de trabalho: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário.

Fonte: FIOCRUZ. PenseSUS. Saúde da Família. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>. Acesso 24 Jun 2022.

**Equipe de Saúde da Família Fluviais (ESFF)** equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/modalidades>. Acesso 20 Mai 2022.

**Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR)** Equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas/localizadas nas comunidades pertencentes a regiões à beira de rios e lagos cujo acesso se dá por meio fluvial.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/modalidades>. Acesso 20 Mai 2022.

**Equipe Multiprofissionais de Apoio (EMAP)** Constitui o Serviço de Apoio Domiciliar (SAD), para continuidade da atenção ambulatorial e/ou hospitalar no domicílio, e tem nesta equipe três ou mais profissionais de saúde de nível superior, entre assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos, e terapeutas ocupacionais, de acordo com a necessidade local.

Fonte: DE OLIVEIRA, Tatiane Almeida; FARAH, Beatriz Francisco; RIBEIRO, Luiz Cláudio. O processo de territorialização de equipes multidisciplinares de assistência domiciliar (EMAD) com base nas condições socioeconômicas e ambientais da população idosa. Revista de APS, v. 19, n. 1, 2016. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15435/8122>. Acesso 19 Mai 2022.

**Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar (EMAD)** Constitui o Serviço de Apoio Domiciliar (SAD), para continuidade da atenção ambulatorial e/ou hospitalar no domicílio, e tem nesta equipe profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeuta ou assistentes sociais, e auxiliares/técnicos de enfermagem.

Fonte: DE OLIVEIRA, Tatiane Almeida; FARAH, Beatriz Francisco; RIBEIRO, Luiz Cláudio. O processo de territorialização de equipes multidisciplinares de assistência domiciliar (EMAD) com base nas condições socioeconômicas e ambientais da população idosa. Revista de APS, v. 19, n. 1, 2016. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15435/8122>. Acesso 19 Mai 2022.

**Estado nutricional** 1) Estado resultante do equilíbrio entre consumo adequado e gasto energético do organismo; 2) Relaciona-se ao estado de saúde do indivíduo com a capacidade do organismo em utilizar adequadamente os nutrientes.

Fonte: OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org). Acesso em 04 Mai 2022.

**Estratégia NutriSUS** Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes, que consiste na adição direta de uma mistura de vitaminas e minerais em pó embaladas em sachês de 1g (Vitaminas A RE, D, E TE, C, B1, B2, B6 e B12; Niacina, Ácido Fólico, Ferro, Zinco, Cobre, Selênio e Iodo), acrescentadas no momento que a criança for comer em uma das refeições oferecidas para as crianças diariamente em creches participantes do Programa Saúde na Escola, para potencializar o pleno desenvolvimento infantil e a prevenção e o controle das deficiências de vitaminas e minerais na infância.

Fonte: BRASIL. NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: manual operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nutrisus\\_estrategia\\_fortificacao\\_alimentacao\\_infantil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nutrisus_estrategia_fortificacao_alimentacao_infantil.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Estratégia Saúde da Família (ESF)** Estratégia de reorganização, expansão, qualificação e consolidação da atenção básica pela reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Estabelece equipe de Saúde da Família (eSF) multiprofissional com médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode ainda contar com equipes de Saúde Bucal (eSB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso 11 Mai 2022.

**Estratificação de risco da população adscrita** Classificação dos usuários de determinado serviço de acordo com a gravidade da enfermidade para definir quais ofertas serão programadas de acordo com o nível em que se encontra o usuário. Aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais devem ser considerados para a efetiva avaliação do risco e vulnerabilidade da pessoa

que busca o serviço. O protocolo de estratificação do risco não deve substituir a interação, o diálogo, a escuta, o respeito e o acolhimento do cidadão e sua queixa para avaliação do seu potencial de agravamento.

Fonte: BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Exame citopatológico para rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos** Exame para diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências, analisa amostra do canal cervical (representação celular do epitélio do colo do útero) preferencialmente coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre).

Fonte: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf). Acesso 28 Abr 2022.

**Habitação com controle de doença de chagas** Melhoras das condições físicas da casa, bem como o ambiente externo (peridomicílio), por restauração (reforma) caracterizada por serviços de recuperação e/ou substituição de partes integrantes da habitação e peridomicílio cujas condições físicas favoreçam a colonização do barbeiro (reboco e pintura das paredes, calçada de proteção no entorno da casa, cobertura com material adequado, substituição de paredes de tábuas, colocação de mata-juntas, substituição ou reforço de paredes de alvenaria ou adobe, substituição de paredes de taipa ou outros materiais apresentados de forma inadequada, piso cimentado liso ou assoalho de madeira, colocação ou substituição de portas e anéis ou outros dispositivos para melhorar as condições de iluminação e ventilação, recuperação de abrigos para animais, depósitos para alimentos e ferramentas, substituição e cercas de proteção a casa, construção ou reforma de fogão ou forno a lenha, melhorias em porões, elevação do pé-direito quando necessário e implantação e/ou recuperação e instalações sanitárias), e nos casos especiais em que a habitação não suporta estruturalmente as melhorias necessárias, a mesma deverá ser demolida e reconstruída.

Fonte: BRASIL. **Manual de orientações técnicas para elaboração de projeto de melhoria habitacional para o controle da doença de chagas**. Brasília: Funasa, 2003. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/melhoria\\_habitacional\\_chagas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/melhoria_habitacional_chagas.pdf). Acesso 02 Mai 2022.

**Hanseníase** Doença crônica, infecto-contagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo, que infecta principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos-periféricos (localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos), mas também pode afetar olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço, fígado, etc). A transmissão é pelas vias respiratórias e conta com suscetibilidade genética e o tratamento com poliquimioterapia interrompe a transmissão em poucos dias e cura a doença.

Fonte: BRASIL. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_hanseníase.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseníase.pdf). Acesso 10 Mai 2022.

**Hematologia** Subespecialidade da medicina interna voltada para a morfologia, fisiologia e patologia do sangue e dos tecidos formadores de sangue.

Fonte: OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org/). Acesso em 26 Abr 2022.

**Hemoterapia** Área da medicina que envolve a obtenção e administração do sangue como tratamento para várias condições de saúde, como anemias severas (pós-operatórias ou pós-quimioterapia, por exemplo), pacientes com falência medular ou que receberam transplante de medula óssea, e portadores de algumas doenças que geram queda significativa das plaquetas ou alterações importantes na coagulação, como hemofilia.

Fonte: Centro de Criogenia Brasil. Hemoterapia: o que é, para que serve e riscos. Disponível em <https://ccb.med.br/noticia/631-hemoterapia-o-que-e-para-que-serve-e-riscos>. Acesso 26 Abr 2022.

**HIV** Vírus de partícula esférica, que mede de 100 a 120 nm de diâmetro, pertencente ao gênero *Lentivirinae* e família *Retroviridae*, apresentando em seu núcleo duas cópias de RNA de cadeia simples, encapsuladas por uma camada proteica ou núcleo-cápsideo, cápsideo e um envelope externo composto por uma bicamada fosfolipídica. A manifestação do vírus no corpo se dá por infecção aguda (primeira fase até o estabelecimento do *set point* da carga viral, que dura em torno de 3 meses – fase de detecção viral que antecede a detecção de anticorpos contra o vírus); infecção recente (fase entre o surgimento de anticorpos em quantidade detectável por um teste sorológico até a completa maturação da resposta dos anticorpos); e infecção crônica (é a fase da infecção após a completa maturação da resposta dos anticorpos – ocorre entre 6 e 12 meses após a soroconversão e se estende até a definição da aids).

Fonte: BRASIL. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_infeccao\\_hiv.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf). Acesso 10 Mai 2022.

**Hospitais Federais** O Ministério da Saúde é responsável por realizar e coordenar a integração assistenciais e administrativa dos seis hospitais federais no estado do Rio de Janeiro, que são: Hospital Federal do Andaraí (HFA), Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF), Hospital Federal de Ipanema (HFI), Hospital Federal da Lagoa (HFL) e Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE).

Fonte: Departamento de Gestão Hospitalar SAS/MS. Hospitais Federais no Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.portaldgh.saude.gov.br/index.php/perguntas-frequentes/>. Acesso 24 Mai 2022.

**Hospitais Universitários Federais** Centros de formação de recursos humanos na área da saúde e prestam apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão das instituições federais de ensino superior às quais estão vinculados e centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS). Existem 50 hospitais vinculados a 35 universidades federais, dos quais 40 são administrados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Fonte: Ministério da Educação. Sobre os Hospitais Universitários Federais. Disponível em <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/sobre-os-hospitais-universitarios-federai>. Acesso 12 Mai 2022.

**Iniquidades em saúde** Desigualdades entre grupos sociais consideradas inaceitáveis, configurando injustiças a serem corrigidas através de políticas públicas. Podem ser

identificadas iniquidades nas condições de saúde, bem como no acesso e no grau de utilização dos serviços de saúde.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 02 Mai 2022.

**Instituto Nacional de Cardiologia (INC)** Referência do Ministério da Saúde no tratamento de alta complexidade em doenças cardíacas, com destaque em procedimentos hemodinâmicos, cirurgias cardíacas de alta complexidade, incluindo as neonatais, único hospital público que realiza transplantes cardíacos em adultos e crianças no Estado do Rio de Janeiro e é o segundo centro que mais realiza cirurgias de cardiopatias congênitas no Brasil. Possui Programas de Residência Médica, Enfermagem e Farmácia de excelência, além de cursos de pós-graduação que abrangem diversas áreas de atuação cardiovascular, como Hemodinâmica, Ecocardiografia e Perfusão em Cirurgia Cardíaca. Conta ainda com mestrado multiprofissional em Ciências Cardiovasculares e Avaliação de Tecnologia em Saúde.

Fonte: Instituto Nacional de Cardiologia. Sobre o Instituto. Disponível em <https://inc.saude.gov.br/htm/inc.htm>. Acesso 12 Mai 2022.

**Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI)** Unidade da Fiocruz voltada para a pesquisa clínica, ensino, serviços de referência e assistência em doenças infecciosas. Integra a Rede de Pesquisa Clínica da Fundação Oswaldo Cruz. Principais serviços: (i) assistência médica de referência em doenças infecciosas [HIV/Aids, HTLV, doenças sexualmente transmissíveis (DST), doença de Chagas, toxoplasmose, leishmaniose, micoses (esporotricose, paracoccidiodomicose, histoplasmose, aspergilose, criptococose), tuberculose, doenças febris agudas (dengue, malária, influenza, varicela, leptospirose, entre outras), além de pessoas que sofreram acidentes com animais peçonhentos (cobras, escorpiões e aranhas)], incluindo consultas ambulatoriais, exames, internação hospitalar e hospital-dia; (ii) atendimento no Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (vacinação); consultas na área de medicina do viajante; realização de exames de referência para serviços de saúde do SUS (exames diagnósticos em micologia e leishmaniose); ensino: cursos de especialização, estágio curricular, residência médica, curso de especialização para médicos estrangeiros e programa de mestrado e doutorado acadêmicos em pesquisa clínica em doenças infecciosas e de mestrado profissional em pesquisa clínica; e realização de ensaios clínicos sobre prevenção, tratamento, diagnóstico e fatores relacionados às doenças infecciosas.

Fonte: FIOCRUZ. Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. Disponível em <https://www.ini.fiocruz.br/o-ini>. Acesso 12 Mai 2022.

**Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)** Unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), reconhecida, em 2006, como hospital de ensino pelo Ministério da Educação e, em 2010, como centro nacional de referência pelo Ministério da Saúde, para coordenar e avaliar as ações integradas, direcionadas à área da saúde desse público em âmbito nacional. Oferta cursos de mestrado e doutorado em pesquisa aplicada à saúde da criança e da mulher e atua na área de cooperação internacional em saúde pública.

Fonte: FIOCRUZ. Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Sobre o IFF/FIOCRUZ. Disponível em <https://www.iff.fiocruz.br/index.php/institucional/sobre-iff-fiocruz>. Acesso 12 Mai 2022.

**Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO)** Unidade de referência nacional na especialidade de traumatologia e ortopedia – instância técnica e executiva do Ministério da Saúde – que realiza **procedimentos cirúrgicos**, compartilha conhecimento, **aperfeiçoa profissionais** e promove **desenvolvimento tecnológico**.

Fonte: BRASIL. Glossário temático: traumatologia e ortopedia. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_traumatologia\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_traumatologia_2ed.pdf). Acesso 26 Abr 2022.

**Instituto Nacional do Câncer (INCA)** Órgão auxiliar do Ministério da Saúde no **desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil**, tais quais assistência médico-hospitalar aos pacientes com câncer do SUS, e a atuação na **prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica**.

Fonte: INCA. Institucional. 2021. Disponível em <https://www.inca.gov.br/institucional>. Acesso 28 Abr 2022.

**Laboratório de Saúde Pública (LSP)** Unidades de prestação de serviços que têm como atividade básica a execução de exames laboratoriais para identificação de agentes etiológicos de determinados quadros nosológicos, o monitoramento de ações de controle sanitário e a participação em inquéritos epidemiológicos. São organizados de forma hierarquizada, segundo níveis de complexidade das ações desenvolvidas, dentro do **Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SNLSP)**: I **nível local** (unidades laboratoriais simples, integrantes da rede local de serviços de saúde, responsáveis pela execução dos exames); II **nível regional** (laboratório executor de ações de maior complexidade demandada do nível local, realiza treinamentos e repasse de técnicas e normas, faz parte da rede estadual); III **nível estadual** (Laboratórios Centrais dos Estados LACEN definem a política de saúde nessa instância e coordenam as ações ambulatoriais no estado, desenvolvem, captam, incorporam e repassam tecnologia, padronização de novas técnicas e controle de qualidade); IV **nível macrorregional** (pontos de apoio de ordem técnico-operacional, elo entre a Coordenação do SNLSP e os LACEN); e V **nível nacional** (**Centros de Referência Nacional** – laboratórios de excelência para doenças ou agravos específicos, suporte técnico-científico ao Sistema, repasse de tecnologias e controle de qualidade no contexto nacional).

Fonte: SANTOS, Ana Rosa dos. A rede laboratorial de Saúde Pública e o SUS. Inf. Epidemiol. Sus, Brasília, v. 6, n. 2, p. 7-14, jun. 1997. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000200002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso 12 Mai 2022.

**Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)** Unidade própria do município, ou de consórcios intermunicipais, de natureza jurídica pública ou privada, que recebe recurso do Ministério da Saúde para **confecção de próteses totais maxilares e/ou mandibulares, próteses parciais maxilares e/ou mandibulares removíveis e prótese coronária / intrarradicular fixa / adesiva** (por elemento).

Fonte: BRASIL. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais** Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, quando esgotadas todas as possibilidades de atendimento na rede comunitária

extra-hospitalar e haja necessidade de adoção de internações curtas em leitos psiquiátricos localizados em hospitais gerais para o caso de pacientes em situação de crise. A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n.º 10216) prevê a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos.

Fonte: Echebarrena, Rodrigo Cunha e Silva, Paulo Roberto Fagundes da Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate* [online]. v. 44, spe 3, pp. 223-234. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E319>. Acesso 11 Mai 2022.

**Leitos de Unidade Neonatal I** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); e II **Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN)** a. Convencional (UCINCo) e b. Canguru (UCINCa). O número de leitos por estabelecimento de saúde deve ser informado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 930, de 10/05/2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html). Acesso 12 Mai 2022.

**Mamografias bilaterais para rastreamento de câncer de mama para mulheres de 50 a 69 anos** Permite identificar lesões mamárias em mulheres após a menopausa como estratégia para detectar casos de câncer de mama em fase inicial de sua história natural em indivíduos assintomáticos, podendo ter como resultado melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento.

Fonte: INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes\\_deteccao\\_precoce\\_cancer\\_mama\\_brasil.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf). Acesso 28 Abr 2022.

**Necessidades de saúde da população** Carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população. Incluem efeitos do não atendimento pleno das necessidades básicas de alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura e serviços de saúde, quer sejam ações inespecíficas de promoção e melhoria da qualidade de vida, quer sejam ações específicas de proteção contra riscos e agravos ou de assistência em caso de doença, acidente ou padecimento de qualquer natureza.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 03 Mai 2022.

**Necessidades e demandas de serviços de saúde** Serviços de saúde requeridos por uma população ou comunidade; inclui a avaliação e a identificação as necessidades percebidas pelo grupo, calculadas através de critérios e métodos científicos.

Fonte: OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org). Acesso em 03 Mai 2022.

**Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)** Constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc) e Academia da

Saúde, compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no **apoio matricial às equipes da unidade na qual o NASF está vinculado e no território dessas equipes.**

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso 11 Mai 2022.

**Oferta de ações de saúde** Atendimento (médico, enfermagem, odontológico, outros) num tempo que considere riscos, desconfortos, vulnerabilidades e oportunidade de cuidado; permanência em observação; remoção ou encaminhamento para outro serviço, atentando para a necessidade de coordenação do cuidado; orientação específica e/ou sobre ofertas das unidades; adiantamento de ações previstas em protocolos; inclusão em ações programáticas; agendamento de consulta (enfermagem, médica, odontológica e outras) conforme necessidade e em tempo oportuno; discussão o “caso” com a equipe de referência do usuário; encaminhamento/orientações para ações / programas intersetoriais; encaminhamento para outros pontos e atenção, conforme necessidade do usuário; avaliação da necessidade de continuidade do cuidado, com programação oportuna de ações; discussão do “caso” com equipe de referência do usuário, se pertinente.

Fonte: BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso 03 Mai 2022.

**Oficina Ortopédica** Promove o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção - OPM, além de **confeção de adaptações, ajustes e pequenos consertos** em OPM. A Oficina Ortopédica Fixa possui todos os equipamentos necessários a uma oficina ortopédica, capacitando-a a trabalhar com termoplásticos de alta e baixa temperatura, laminação, com metais e sapataria. É capaz de confeccionar todos os tipos de **órteses e próteses** (de membros superiores e inferiores, estáticas/rígidas, articuladas e dinâmicas), **coletes, palmilhas e calçados adaptados** (ortopédicos e para pés neuropáticos) e **adaptações para atividades laborais e/ou de vida diária**; além de realizar **adequações posturais em cadeiras de rodas**, ajustes e manutenção nas OPM e adaptações. As oficinas itinerantes poderão ser terrestres ou fluviais, necessariamente vinculadas a uma Oficina Ortopédica Fixa, estruturadas em veículos ou barcos adaptados e equipados para confecção, adaptação e manutenção de órteses e próteses.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 971, de 13/09/2012. Adequa o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e inclui Procedimentos de Manutenção e Adaptação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais da Tabela de Procedimentos do SUS. Disponível em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0971\\_13\\_09\\_2012.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0971_13_09_2012.html). Acesso 11 Mai 2022.

**Oncologia** Subespecialidade da medicina interna voltada para o estudo das neoplasias.

Fonte: OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](http://DeCS-Descritores-em-Ciências-da-Saúde(bvsalud.org)). Acesso em 26 Abr 2022.

**Operações de Assistência Hospitalar à População Ribeirinha (ASSHOP)** Os **Navios de Assistência Hospitalar (NAsH) da Marinha do Brasil** atendem população carente na Amazônia, em região denominada Pólo de Saúde escolhida antecipadamente, de acordo com programação feita com antecedência. São realizadas em localidades ribeirinhas mais carentes de atendimento de saúde dos pólos visitados.

Fonte: Comando da Marinha do Brasil. Flotilha do Amazonas “Combater e Assistir”. Disponível em <https://www.marinha.mil.br/comflotam/node/8>. Acesso 24 Mai 2022.

**Pólos-base** São a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A **maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível**. As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base deverão ser **referenciadas para a rede de serviços do SUS**, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Portas de Entrada** Serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS nas Redes de Atenção à Saúde, sendo considerados os serviços I – de atenção primária; II – de atenção e urgência e emergência; III – de atenção psicossocial; e IV – especiais de acesso aberto.

Fonte: BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28/06/2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso 18 Abr 2022.

**Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH)** Unidade fixa ou móvel, intra ou extra-hospitalar, vinculada tecnicamente a um **banco de leite humano** e administrativamente a um serviço de saúde ou ao próprio banco.

Fonte: BRASIL. Banco de Leite Humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília: ANVISA, 2008. Disponível em [https://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/manual\\_banco\\_leite.pdf](https://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/manual_banco_leite.pdf). Acesso 28 Abr 2022.

**Práticas integrativas e complementares** Recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, tais quais a **medicina tradicional chinesa / acupuntura, medicina antroposófica, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social / crenoterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais**.

Fonte: Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2022. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/pics>. Acesso 26 Abr 2022.

**Pré-natal de gestantes indígenas** Deve ser implementada pelos **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)**, que são unidades operacionais do **Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. Como não há normas técnicas específicas que orientem a realização do pré-natal nas sociedades indígenas e permanecem vigentes para mulheres indígenas no Brasil as diretrizes gerais preconizadas para cuidado com a gravidez, sem distinção da etnia.

Fonte: Garnelo, Luiza et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas.

Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. Suppl 3 e00181318. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181318>. Acesso 03 Mai 2022.

**Procedimentos da vigilância sanitária de padrão internacional** I – Cadastro; II – Inspeção; III – Licenciamento; IV – Investigação; V – Atividades educativas; VI – Sistema de gestão da qualidade.

Fonte: ANVISA. Procedimento da Vigilância Sanitária no SIA/SUS – Definição e Alimentação. Brasília: ANVISA, 2015. Disponível em [Manual para as Vigilâncias Sanitárias](#) Acesso 28 Abr 2022.

**Prevenção às doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências** Intervenções voltadas para redução da carga de DCNT pelos seus fatores de risco, através de **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**, e pelas doenças e agravos não transmissíveis à saúde, como a **Política de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes**.

Fonte: BRASIL. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>. Acesso 09 Mai 2022.

**Prevenção de acidentes e violências** **Rede nacional de prevenção de violências** com objetivo de: (i) promover articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem sucedidas, criativas e inovadoras, nacionais, regionais e locais; (ii) implantar a troca de experiências de gestão e formulação de políticas públicas inter e intra-setoriais; (iii) fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; (iv) trocar experiências sobre formas de participação da sociedade civil, organizações não governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e (v) acompanhar o desenvolvimento das ações de prevenção da violência e promoção da saúde nas várias esferas de gestão.

Fonte: MALTA, Deborah Carvalho et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 16, n. 1, p. 45-55, mar. 2007. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742007000100005&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso 09 Mai 2022.

**Prevenção de risco e agravos à saúde e seus determinantes sociais** **Políticas** que assegurem combate às iniquidades, redução das desigualdades sociais, melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer, e conscientização do indivíduo sobre sua participação pessoal no processo de produção da saúde e da qualidade de vida.

Fonte: FIOCRUZ. Pense SUS. Determinantes sociais. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso 09 Mai 2022.

**Projeto Terapêutico Singular (PTS)** Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir do movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico, resultado da discussão coletiva da equipe multiprofissional com o usuário e sua rede de suporte social.

Fonte: BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Promoção do envelhecimento saudável** Respeitar e oportunizar aos idosos a expressão aberta dos seus desejos e anseios; com o reconhecimento e aceitação das limitações que não puderam ser evitadas ou minimizadas e o aproveitamento das situações positivas e potencialidades que todos possuem. Em cartilha para educação permanente dos profissionais, foram elencadas 12 dicas para trabalhar a promoção do envelhecimento saudável: (1) atitude não tem idade; (2) mantenha-se atento à sua saúde; (3) tenha uma alimentação colorida e saudável; (4) equilibre seu orçamento; (5) procure ter boas noites de sono; (6) evite os acidentes domésticos; (7) mantenha-se ativo; (8) tenha cuidado redobrado na rua e no trânsito; (9) procure manter uma vida sexual ativa; (10) cultive a sua espiritualidade; (11) exercite a sua cidadania; e (12) escreva sua própria dica.

Fonte: Brasil. Promoção do envelhecimento saudável: vivendo bem até mais que 100!: cartilha do profissional de saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao\\_envelhecimento\\_saudavel\\_cartilha\\_profissional\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_envelhecimento_saudavel_cartilha_profissional_saude.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Promoção, proteção e recuperação da saúde indígena** Ações específicas para a saúde dos povos indígenas: (1) prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores, tais quais preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e póscontato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico; (2) **prevenção e controle de agravos à saúde** indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos; (3) exigência de **estudos específicos de impactos na saúde** e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes **projetos de desenvolvimento econômico e social** (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de

exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos; (4) acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir **agravos de violência** (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas; (5) prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças; (6) **combate à fome e à desnutrição** e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos; (7) desenvolvimento de **projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias**.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Rastreamento sistemático para Tuberculose** Procura rotineira de pessoas com suspeita de ter tuberculose, em populações alvo predefinidas, usando testes ou outros procedimentos como

exame radiológico para busca de sintomas que possam ser aplicados de modo simples e rápido. A busca ativa de sintomático respiratório (SR) orienta-se pela identificação de pessoas com tosse persistente ( $\geq 3$  semanas de duração), consideradas portanto, com possibilidade de estar com o bacilo de Koch.

Fonte: BRASIL. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Reciclagem** Processo de transformação dos resíduos sólidos que envolve a alteração de suas propriedades físicas, físico-químicas ou biológicas, com vistas à transformação em insumo ou novos produtos, observadas as condições e os padrões estabelecidos pelos órgãos competentes do Sisnama e, se couber, o SNVS e o Suasa.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 02/08/2010. Institui a Política Nacional de Resíduos sólidos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos). Acesso 03 Mai 2022.

**Registro de medicamentos genéricos, similares, novos e inovadores** Avaliação da qualidade, segurança e eficácia terapêutica pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através de processo de registro previsto na Lei n.º 6360/1976. O prazo considera complexidade técnica e benefícios clínicos, econômicos e sociais de utilização do medicamento objeto de requerimento. A Lei n.º 13411/2016 define prazo para decisão de acordo com duas categorias de avaliação: prioritária ou ordinária (não prioritária), levando em consideração a relevância pública do medicamento.

Fonte: Governo do Brasil. Saúde e Vigilância Sanitária. Obter Registro de Medicamentos Genéricos, Similares, Novos e Inovadores. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-registro-de-medicamentos-genericos-similares-novos-e-inovadores>. Acesso 13 Mai 2022.

**Riscos à saúde** 1 – Propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana; 2 – Probabilidade de um efeito adverso à saúde humana causado por um evento desfavorável ou acidente que pode ser agravado ou atenuado por condições, fatores ou processos físicos, sociais, econômicos e ambientais que envolvem uma comunidade.

Fonte: OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org). Acesso em 11 Abr 2022.

**Saneamento ambiental** Conjunto de ações socioeconômicas que têm como objetivo alcançar níveis crescentes de salubridade ambiental, por intermédio de: abastecimento de água potável; coleta e disposição sanitária de resíduos líquidos, sólidos e gasosos; promoção da disciplina sanitária do uso e ocupação do solo; drenagem; controle de vetores e reservatórios de doenças transmissíveis, melhorias sanitárias domiciliares, educação sanitária e ambiental e demais serviços especializados com a finalidade de proteger e melhorar a condição de vida, tanto nos centros urbanos quanto nas comunidades rurais.

Fonte: BRASIL. Programa Saneamento Básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saneamento.pdf>. Acesso 18 Mai 2022.

**Saneamento básico** Alcançar saneamento prioritariamente em municípios com população inferior a 50 mil habitantes, em áreas rurais e comunidades tradicionais como população remanescentes de quilombos, assentamentos de reforma agrária, comunidades extrativistas e populações ribeirinhas, para gerar água de boa qualidade para consumo humano e fornecimento contínuo para redução e controle de doenças; coleta regular, acondicionamento e destino final adequado dos resíduos sólidos; esgotamento sanitário adequado; e melhorias sanitárias domiciliares. Estas medidas visam reduzir doenças como pestes, diarreias, cólera, dengue, febre amarela, tracoma, hepatites, conjuntivites, poliomielite, escabioses, leptospirose, febre tifoide, esquistossomose, toxoplasmose, leishmaniose, cisticercose, salmonelose, teníase, verminoses e malária.

Fonte: FUNASA. Saneamento para promoção da saúde. 2017. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/saneamento-para-promocao-da-saude>. Acesso 27 Abr 2022.b

**Saúde Ambiental** 1. Ciência que controla ou modifica condições, influências ou forças que rodeiam o ser humano que se relacionam a promover, estabelecer e manter a saúde. 2. Refere-se ao controle de todos os processos, influências e fatores físicos, químicos e biológicos que exercem ou podem exercer, direta ou indiretamente, efeito significativo sobre a saúde e bem-estar físico e mental do homem e sua sociedade. 3. É o campo de atuação da saúde pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e as condições em torno do ser humano, que podem exercer alguma influência sobre a sua saúde e o seu bem-estar.

Fonte: OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](http://bvsalud.org). Acesso em 29 Abr 2022.

**Saúde ambiental para redução de riscos à saúde humana I – Ações de promoção e proteção à saúde ambiental**, em consonância com a política do Subsistema Nacional e **Vigilância em Saúde Ambiental**; II – **Controle da qualidade da água para consumo humano proveniente de sistemas de abastecimento público**, conforme critérios estabelecidos pelo **Ministério da Saúde**; III – Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de atuação da FUNASA; e IV – Fomento à educação em saúde ambiental.

Fonte: FUNASA. Saúde Ambiental para Redução os Riscos à Saúde Humana. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/saude-ambiental-para-reducao-dos-riscos-a-saude-humana>. Acesso 29 Abr 2022.

**Saúde Bucal** Principais agravos que acometem a saúde bucal no Brasil são: (1) cárie dentária, (2) doença periodontal a. gengivite e b. periodontite; (3) edentulismo; (4) maloclusão; (5) câncer de boca; (6) fluorese dentária; e (7) traumatismos dentários

Fonte: BRASIL. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Saúde do trabalhador** Campo da saúde pública que estuda e interveem sobre as relações produção-consumo e o processo saúde-doença dos trabalhadores. Considera-se o trabalho como eixo organizador da vida social e determinante das condições de vida e saúde das pessoas e as intervenções devem buscar a transformação dos processos produtivos, sendo estes promotores de saúde e garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores considerando seus processos produtivos.

Fonte: BRASIL. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernoab\\_saude\\_do\\_trabalhador.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernoab_saude_do_trabalhador.pdf). Acesso 10 Mai 2022.

**Saúde Mental** Estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com sua comunidade. Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 29 Abr 2022.

**Segurança Alimentar e Nutricional** Realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis. Fonte: CONSEA. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2004. Disponível em [https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Seguranca\\_Alimentar\\_II/texto\\_s\\_referencia\\_2\\_conferencia\\_seguranca\\_alimentar.pdf](https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Seguranca_Alimentar_II/texto_s_referencia_2_conferencia_seguranca_alimentar.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)** Serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Tem como objetivos: (i) redução da demanda por atendimento hospitalar; (ii) redução do período de permanência de usuários internados; (iii) humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e (iv) a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 825, de 25/04/2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso 19 Mai 2022.

**Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras** Serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da **atenção especializada em uma ou mais doenças raras**.

Fonte: BRASIL. Portaria n.º 199, de 30/01/2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199\\_30\\_01\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html). Acesso 20 Mai 2022.

**Serviço de Referência em Doenças Raras** Serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada para pessoas com doenças raras pertencentes a, no mínimo, dois eixos assistenciais.

Fonte: BRASIL. Portaria n.º 199, de 30/01/2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos

financeiros de custeio. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199\\_30\\_01\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html). Acesso 20 Mai 2022.

**Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU)** Componente da **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**, tem a função de ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma **Central de Regulação das Urgências**, reduzindo a morbimortalidade. Podem ser: (1) Unidade de Suporte Básico da Vida Terrestre; (2) Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre; (3) Equipe de aeromédico; (4) Equipe de embarcação; (5) Motolância; e (6) Veículo de Intervenção Rápida.

Fonte: BRASIL. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Serviços de drenagem urbana sustentável e manejo de águas pluviais** Estão intimamente ligados ao sistema natural de drenagem (escoamento das regiões mais altas para as mais baixas da bacia hidrográfica), que vem sendo alterada pela ocupação urbana e impermeabilização do solo, e demandando introdução de estruturas artificiais (obras de engenharia) para controlar o escoamento espontâneo das águas pluviais. São compostos por medidas estruturais (infraestruturas de coleta e transporte da água da chuva e de amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final) e, também, por medidas não estruturais (sistemas e alerta de riscos hidrológicos e programas de educação ambiental), que combinadas permitem a convivência da população com os impactos desencadeados pela ocorrência de eventos hidrológicos, como as precipitações.

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Regional. Componentes do SNIS. Disponível em <http://www.snis.gov.br/componentes/menu-snis-componente-aguas-pluviais>. Acesso 03 Mai 2022.

**Serviços de drenagem urbana sustentável e manejo de águas pluviais (2)** Composto por (i) Microdrenagem – estruturas de menor dimensão orientadas pelo tração das ruas, drenam água pluvial em áreas públicas (sarjetas, boca-de-lobo e de leão, galerias e poços e visita) e (ii) Macrodrenagem – estruturas de maior dimensão orientadas pela rede de drenagem natural, são formadas por galerias subterrâneas, canais superficiais naturais ou artificiais e cursos d’água naturais ou artificiais que recebem escoamento final das águas pluviais captadas pela microdrenagem, e reservatórios de amortecimento (reservatórios, piscinões, tanques bacias de detenção e retenção, para amortecer vazões e minimizar impactos do escoamento das águas pluviais).

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Regional. Do SNIS ao SINISA Informações para planejar a drenagem e o manejo das águas pluviais urbanas. Brasília: Secretaria Nacional e Saneamento, 2020. Disponível em [http://www.snis.gov.br/downloads/cadernos/2019/DO\\_SNIS\\_AO\\_SINISA\\_AGUAS\\_PLUVI\\_AIS\\_SNIS\\_2019.pdf](http://www.snis.gov.br/downloads/cadernos/2019/DO_SNIS_AO_SINISA_AGUAS_PLUVI_AIS_SNIS_2019.pdf). Acesso 03 Mai 2022.

**Serviço de Referência para Atenção Integral à Mulher vítima de Violência Sexual no SUS** Todos os hospitais integrantes da rede SUS devem oferecer às vítimas de violência sexual **atendimento emergencial, integral e multidisciplinar**, visando o **controle e tratamento dos**

**agravos físicos e psíquicos** decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social, conforme Lei n.º 12.845/2013. Os estabelecimentos de saúde devem ter instalações e áreas físicas adequadas para atendimento, equipamentos e instrumentais suficientes e recursos humanos qualificados para a atenção.

Fonte: BRASIL. Norma Técnica Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres / PR, 2015. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violenzia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violenzia_sexual_norma_tecnica.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Serviços Especiais de Acesso Aberto** Serviços de saúde específicos para o **atendimento da pessoa que em razão de agravo ou de situação laboral**, necessita de atendimento especial.

Fonte: BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28/06/2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso 18 Abr 2022.

**Serviços Residenciais Terapêuticos** Casas localizadas no espaço urbano, para responder às **necessidades de moradia** de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, com 1 a 8 pessoas, que deverão contar sempre com **suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um**. O suporte de um serviço no território deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.

Fonte: BRASIL. Residências terapêuticas: o que são, para que. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso 11 Mai 2022.

**Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)** Síndrome clínica caracterizada por profunda imunodepressão decorrente da infecção por HIV. A definição clínica de aids é o aparecimento de infecções oportunistas e/ou neoplasias. Desde 1993, a aids também pode ser definida por critério laboratorial da contagem de linfócitos T CD4+.

Fonte: BRASIL. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_infeccao\\_hiv.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf). Acesso 10 Mai 2022.

**Sistema de abastecimento de água** Conjunto de infraestruturas, equipamentos e serviços com objetivo de distribuir água potável para o consumo humano, bem como para o consumo industrial, comercial, dentro outros usos. É composto por 3 etapas: (i) **captação**, no qual a água encontrada na natureza é retirada e direcionada à uma (ii) **Estação de Tratamento e Água (ETA)**, onde são removidas impurezas para que a água se torne potável, e então, segue para (iii) **redes de distribuição**, no qual os consumidores são conectados por meio de ligações e recebem água para o consumo.

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Regional. Componentes do SNIS. 2020. Disponível em <http://www.snis.gov.br/componentes/menu-snis-componente-agua-e-egotos#:~:text=Um%20sistema%20de%20abastecimento%20de,%2C%20comercial%2C%20dentre%20outros%20usos.> Acesso 03 Mai 2022.

**Sistema de esgotamento sanitário** Conjunto de infraestruturas, equipamentos e serviços com objetivo de coletar e tratar esgotos domésticos e com isso evitar proliferação de doenças e a poluição de corpos hídricos após seu lançamento na natureza. Consiste em 2 etapas: (i) **coleta** realizada por uma rede de tubulações que conecta fonte geradora de esgotos domésticos (casas, prédios, edifícios comerciais) à uma (ii) **Estação de Tratamento de Esgotos (ETE)**, onde boa parte dos poluentes são removidos da água até que sejam atingidos limites seguros para o lançamento do esgoto tratado no rio ou lago, também chamados de corpos receptores.

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Regional. Componentes do SNIS. 2020. Disponível em <http://www.snis.gov.br/componentes/menu-snis-componente-agua-e-esgotos#:~:text=Um%20sistema%20de%20abastecimento%20de,%2C%20comercial%2C%20dentre%20outros%20usos..> Acesso 03 Mai 2022.

**Sistema público de manejo de resíduos sólidos** Composto por 3 etapas: (i) **coleta e transporte** (veículos para coleta convencional, veículos para coleta seletiva de recicláveis, veículos para coleta diferenciada de orgânicos, veículos para transporte e unidades de transbordo e equipamentos); (ii) **destinação** (infraestrutura de unidade de recuperação de recicláveis – galpão de triagem – e equipamentos, infraestrutura da unidade de compostagem – pátio de compostagem – e equipamentos); e (iii) **disposição** (infraestrutura para implantação de Aterro Sanitário, e equipamento para operacionalização de aterros sanitários).

Fonte: Fundação Nacional de Saúde. Manejo de Resíduos Sólidos. 2022. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/manejo-de-residuos-solidos#:~:text=O%20Programa%20de%20Res%C3%ADduos%20S%C3%B3lidos,final%20adequada%20de%20res%C3%ADduos%20s%C3%B3lidos..> Acesso 03 Mai 2022.

**Testagem de material de doação de sangue** Antes de chegar até quem precisa, o sangue passa por testes imuno-hematológicos, como a tipagem sanguínea, por exemplo, e por testes sorológicos capazes de identificar as seguintes infecções: HIV, HTLV I e II, hepatite B (HBV), hepatite C (HCV), sífilis e Chagas. Também é feito o Teste de Ácido Nucleico (NAT) para detectar HIV, HCV e HBV.

Fonte: Fiocruz. Biomanguinhos. Métodos de coleta e testagem garantem segurança ao doador de sangue. 2016. Disponível em <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1334-metodos-de-coleta-e-testagem-garantem-seguranca-ao-doador-de-sangue>. Acesso 01 Jun 2022.

**Tipologia das ações de saúde** I – promoção, proteção e recuperação da saúde; II – do controle e doenças e enfrentamento e agravos à saúde; III – da saúde de segmentos populacionais; IV – da organização a atenção à saúde; V – da atenção a agravos específicos; VI – da organização do SUS

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 05, de 28/09/2017.** Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html#TITULOI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITULOI). Acesso 19 Abr 2022.

**Tipologia das ações e serviços de saúde** I – Ações e serviços de atenção primária; II – Ações e serviços da urgência e emergência; III – Ações e serviços de atenção psicossocial; IV – Ações e serviços de atenção especializada (Atenção ambulatorial especializada; Assistência odontológica especializada e reabilitação protética, e Atenção hospitalar); e V – Ações e serviços da vigilância em saúde.

Fonte: BRASIL. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_acoes\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf). Acesso 20 Abr 2022.

**Tipologia da ação ou serviço, segundo critérios e/ou regramentos de acesso** (1) Ação ou serviço com acesso livre para o usuário, sem exigência de qualquer tipo de encaminhamento ou mecanismo de regulação de acesso; considerados porta de entrada do SUS; (2) Ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS; (3) Ação ou serviço com acesso mediante autorização prévia de dispositivo de regulação; (4) Ação ou serviço com exigência de habilitação pelo gestor; (5) Ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional; e (6) Ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância sanitária, epidemiológica ou ambiental, regidas por normas específicas.

Fonte: BRASIL. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_acoes\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf). Acesso 20 Abr 2022.

**Tipologia das redes de serviços de saúde** (i) redes de serviços de saúde (redes estaduais de assistência à saúde do idoso, redes estaduais de assistência à queimados, rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde, rede nacional de atenção integral ao trabalhador (RENAST), rede brasileira de centros e serviços de informação sobre medicamentos (REBRACIM), rede de escolas técnicas e centros formadores do SUS (RETSUS), rede de ensino para gestão estratégica do SUS (REGESUS), rede brasileira de avaliação de tecnologias em saúde (REBRATS), rede nacional de vigilância epidemiológica hospitalar (RENAVEH), e rede de vigilância alerta e resposta às emergências em saúde pública no SUS (Rede VIGIAR-SUS).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 03, de 28/09/2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULOI). Acesso 19 Abr 2022.

**Transplante** Transferência de tecido ou células de um segmento para outro em um mesmo indivíduo ou de um indivíduo para o outro.

Fonte: BRASIL. Glossário temático: traumatologia e ortopedia. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_traumatologia\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_traumatologia_2ed.pdf). Acesso 26 Abr 2022.

**Traumatologia e Ortopedia** Ortopedia ou traumato-ortopedia é a especialidade médica encarregada de tratar lesões, traumas e algumas deformidades que refletem no aparelho locomotor de um indivíduo, como tendões, ossos, ligamentos e articulações. Esta área está relacionada à traumatologia, que trata contusões causadas por pancadas, como as fraturas ósseas.

Fonte: Rede D'or. Ortopedia. 2022. Disponível em <https://www.rededorsaoluiz.com.br/especialidades/ortopedia>. Acesso 27 Abr 2022.

**Triagem auditiva neonatal** Exame ambulatorial que **identifica** o mais precocemente possível a **eficiência auditiva em neonatos e lactentes**. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico

dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família. Faz parte de um conjunto de ações que devem ser realizadas para a atenção integral à saúde auditiva na infância: **triagem, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem, diagnóstico e (re) habilitação**. Deve ser realizada nos primeiros dias de vida (24 e 48 hs) e no primeiro mês de vida.

Fonte: BRASIL. Diretrizes de Atenção a Triagem Auditiva Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_triagem\\_auditiva\\_neonatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf). Acesso 27 Abr 2022.

**Tuberculose pulmonar** Tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, causa pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. É transmitida por via aérea por uma pessoa contaminada que elimina bacilos no ambiente a outra pessoa, por exalação de aerossóis oriundos da tosse, fala ou espirro. Os bacilíferos (pessoa com baciloscopia positiva no escarro) tem maior capacidade de transmissão (10 a 15 pessoas por ano). Com o início do tratamento, a transmissão reduz gradativamente Os principais sintomas tosse na forma seca ou

Fonte: BRASIL. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Unidade Básica de Saúde (UBS)** Serviços de caráter ambulatorial que ofertam ações programadas ou não, nas **especialidades básicas (pediatria, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, clínica geral)**, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. Os principais serviços oferecidos são: **consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica**, abrangendo ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Os objetivos são de prestar atenção integral que impacte na situação de saúde, promover a autonomia das pessoas e incidir nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Fonte: GIOVANELLA, Lígia et al. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. *Novos Caminhos*, v. 5, 2015. Disponível em [https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05\\_ValeEste.pdf](https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf). Acesso 09 Mai 2022.estrat

**Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)** Embarcações que comportam Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense. Elas buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Unidades Básicas de Saúde Fluviais. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/ubsf>. Acesso 20 Mai 2022.

**Unidade de Acolhimento Adulto** Um dos pontos da **Rede de Atenção Psicossocial** (RAPS, que funciona 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; e tem caráter residencial transitório, com objetivo oferecer **acolhimento voluntário às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos**, de ambos os sexos, e **cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas**, em situação de vulnerabilidade social e

familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, de acordo com orientação do CAPS de referência.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 121, de 25/01/2012. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html). Acesso 11 Mai 2022.

**Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil** Um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS, que funciona 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; e tem caráter residencial transitório, com objetivo oferecer acolhimento voluntário às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos, e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, de acordo com orientação do CAPS de referência.

**Unidade de Atendimento Especializado em Saúde (UAES)** dividida em dois elementos (atenção secundária e terciária), que são, respectivamente, média e alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar). O acolhimento na atenção primária encaminha, quando necessário, os pacientes para atenção especializada de média complexidade. A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas. A média complexidade pode ser acessada em casos de urgência e emergência, como nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) concentram os atendimentos de saúde de complexidade intermediária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), transporta pacientes após alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, atendendo urgências e emergências de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras em residências, locais de trabalho e vias públicas. Policlínicas, hospitais e centros de atendimento com equipamentos para exames mais avançados, como ecocardiogramas e endoscopias, também integram a média complexidade da atenção especializada. É onde são tratados, por exemplo, casos de febre alta (acima de 39° C), fraturas e cortes com pouco sangramento, infarto e derrame (atendimento inicial), queda com torção, dor intensa ou fratura, cólicas renais, falta de ar intensa, crises convulsivas, dores no peito, vômito constante, entre outros. Casos não resolvidos ou não estabilizados neste nível têm a garantia de continuidade do tratamento com internação e intervenção médico-hospitalar de alta complexidade, por meio de regulação do acesso assistencial. Hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa fazem parte do nível de alta complexidade da atenção especializada. São locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco.

Fonte: Ministério da Saúde. Notícias. Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso 12 Mai 2022.

**Unidade de Pronto Atendimento (UPA)** Faz parte da Rede de Atenção às Urgências, e concentra atendimentos de saúde de complexidade intermediária, com estrutura simplificada de raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Atende demandas como: febre alta acima de 39°C, fraturas e cortes com pouco sangramento, infarto e

derrame, queda com torção e dor intensa ou suspeita de fratura, cólicas renais, falta de ar intensa, crises convulsivas, dores fortes no peito ou vômito constante.

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Unidade de Pronto Atendimento. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h-1>. Acesso 11 Mai 2022.

**Vacina Pentavalente** Combinação de vacinas que garante proteção contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e contra a bactéria haemophilus influenza tipo B, responsável por infecções no nariz, meninge e garganta. Deve ser aplicada em 3 doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. Desde 2012, o **Programa Nacional de Imunizações (PNI)** do Ministério da Saúde oferta a vacina pentavalente na rotina do **Calendário Nacional de Vacinação**.

Fonte: Ministério da Saúde. Pentavalente. 2020. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pentavalente-1>. Acesso 28 Abr 2022.

**Vigilância alimentar e nutricional** Contempla atividades continuadas e rotineiras de **observação, coleta e análise de dados e informações** que podem descrever as **condições alimentares e nutricionais da população**, com objetivo de fornecer subsídios para as decisões políticas, auxiliar no planejamento, no monitoramento e no gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância Alimentar e Nutricional Perguntas & Respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perguntas\\_respostas\\_van.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perguntas_respostas_van.pdf). Acesso 28 Abr 2022.

**Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras** Postos responsáveis pela execução das atividades de controle sanitário em meios de transportes, viajantes, infraestrutura, produtos importados e exportados, serviços e bens produzidos, bem como a vigilância epidemiológica e o controle de vetores em portos, aeroportos, fronteiras, terminais de passageiros e cargas e estações aduaneiras correlacionadas, em articulação com os órgãos de saúde dos níveis estadual e municipal bem como com outros órgãos federais.

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Postos de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras. 2021. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/composicao/quinta-diretoria/gerencia-geral-de-portos-aeroportos-fronteiras-e-recintos-alfandegados/postos-paf>. Acesso 12 Mai 2022.

## 2. Ciência e tecnologia em saúde

TG:

TR: ferramentas em saúde

TE: ações de trabalho, equipamentos de trabalho,

**Acordo de Compensação Tecnológica / Plano de Expansão de Radioterapia no SUS** Transferência de tecnologia para o Brasil produzir em parceria com a Varian Medical Systems em primeira fábrica da América Latina de **aceleradores lineares**, utilizados no tratamento do câncer. Segundo notícia do **Correio Brasiliense**, a fábrica foi inaugurada em dezembro de 2018 no Polo Industrial Multivias em Jundiaí.

Fonte: Ministério da Saúde. Notícias. Paraíba revê primeiro acelerado linear do Plano de Expansão da Radioterapia. 2016. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt->

[br/assuntos/noticias/2016/novembro/paraiba-recebe-o-primeiro-acelerador-linear-do-plano-de-expansao-da-radioterapia](https://br/assuntos/noticias/2016/novembro/paraiba-recebe-o-primeiro-acelerador-linear-do-plano-de-expansao-da-radioterapia). Acesso 12 Mai 2022.

**Acordo de Cooperação Técnica** Instrumento formal que regula **parcerias** para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco estabelecidas entre organizações da sociedade civil e a administração pública **sem transferência de recursos financeiros**. Serão celebrados sem chamamento público, exceto quando o objeto envolver celebração de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial, conforme previsto na Lei nº 13.204/2015.

Fonte: FIOCRUZ. Guia de Cooperação Técnica Nacional. Rio de Janeiro: Coordenação de Cooperação, 2021. Disponível em [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/guia\\_de\\_cooperacao\\_tecnica\\_nacional\\_fiocruz\\_2021\\_web.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/guia_de_cooperacao_tecnica_nacional_fiocruz_2021_web.pdf). Acesso 13 Mai 2022.

**Análise de Situação de Saúde** Processo de **identificação, descrição e análise dos problemas e das necessidades de saúde** de uma população, geralmente o primeiro momento do processo de planejamento e programação de ações. O mesmo que avaliação da situação de saúde.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 203-205. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Atenção de Referência e Pesquisa Clínica em Patologias de Alta Complexidade e Doenças Infecciosas** Grupo de institutos ligados à FIOCRUZ (IFF, IPEC, IRR, IOC, entre outros) que realizam **pesquisa clínica associada à oferta de assistência ambulatorial e hospitalar de referência** para a população na área de saúde da mulher, da criança e do adolescente em patologias de alta complexidade; gestação de alto risco e de doenças infecciosas.

Fonte: LOA 2020. Emenda de Acréscimo à Despesa. Disponível em [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1824226](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1824226). Acesso 24 Mai 2022.

**Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)** Processo contínuo e abrangente de **avaliação dos impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde**, que leva em consideração aspectos como **eficácia, efetividade, segurança, custos**, entre outros, através de **investigação original ou síntese de evidências** científicas já produzidas. Auxilia gestores na tomada de decisão quanto à incorporação ou retirada de tecnologias em saúde.

Fonte: BRASIL. Glossário Temático: ciência e tecnologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_ciencia\\_tecnologia\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_ciencia_tecnologia_saude.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS/Fiocruz)** Instituição de pesquisa e produção vinculada ao Ministério da Saúde e pertencente à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), está direcionado à pesquisa translacional e inovação em saúde na área de doenças infecciosas, doenças negligenciadas e doenças da “pobreza”, cuja demanda de escala não interessa mercados mundiais. As atividades desenvolvidas são: investigação original, estudos de síntese como revisões sistemáticas e pareceres técnicos científicos, análises econômicas, monitoramento de tecnologias no ciclo de vida, mapeamento de inovações tecnológicas de relevância para saúde pública, capacitação e educação continuada. Realiza assessoramento científico direcionado a processos de avaliação para incorporação de tecnologias no SUS e a

identificação de tecnologias promissoras para o desenvolvimento, inovação e transferência tecnológica. É integrante da REBRATS (Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde) desde 2011.

Fonte: REBRATS. Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS/Fiocruz). Disponível em [https://rebrats.saude.gov.br/m/membros-cat/82-centro-de-desenvolvimento-tecnologico-em-saude-cdts-fiocruz#:~:text=O%20Centro%20de%20Desenvolvimento%20Tecnol%C3%B3gico%20em%20Sa%C3%BAde%20\(CDTS\)%20tem%20o,inova%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.](https://rebrats.saude.gov.br/m/membros-cat/82-centro-de-desenvolvimento-tecnologico-em-saude-cdts-fiocruz#:~:text=O%20Centro%20de%20Desenvolvimento%20Tecnol%C3%B3gico%20em%20Sa%C3%BAde%20(CDTS)%20tem%20o,inova%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.) Acesso 12 Mai 2022.

### **Central Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CENADI)**

Criada em 1996 para distribuir os insumos estratégicos do Ministério da Saúde para todo o território brasileiro, incluindo vacinas, kits de diagnóstico para sarampo, rubéola e HIV, e praguicidas como o fumacê utilizado para o combate ao mosquito da dengue. Além da sede do órgão, a CENADI conta com três centrais de armazenamento, localizadas também no Rio de Janeiro. Além de analisar o controle de estoque dos insumos, o órgão é responsável por monitorar a entrada no país de imunobiológicos adquiridos pelo Ministério da Saúde no exterior.

Fonte: NERJ Núcleo Estadual do Ministério da Saúde. Conheça a CENADI. Disponível em [http://www.nerj.rj.saude.gov.br/internet/?page\\_id=133](http://www.nerj.rj.saude.gov.br/internet/?page_id=133). Acesso 31 Mai 2022.

**Ciência e Tecnologia em saúde** Conjunto de ações conexas de produção, difusão e aplicação de conhecimentos em todos os campos do saber, incluindo educação, gestão, informação, normalização, patentes, estudos e outras atividades ligadas à inovação e difusão tecnológica.

Fonte: BRASIL. **Glossário do Ministério da Saúde: ciência e tecnologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_ciencia\\_tecnologia\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_ciencia_tecnologia_saude.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Comissão Nacional de Ética em Pesquisa** Ligada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), com composição multi e transdisciplinar reúne representantes de diferentes áreas do conhecimento para avaliação dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil, elabora e atualiza as diretrizes e normas para a proteção dos participantes de pesquisa e coordena o **Sistema CEP/Conep**.

Fonte: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/conep/>. Acesso 12 Mai 2022.

**Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)** Composto por 7 membros, representantes do Conselho Federal de Medicina, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Criada pela Lei n.º 12.401, de 28/04/2011, dispõe sobre a assistência terapêutica (constituição ou alteração de protocolo clínico ou diretriz terapêutica) e **a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS**, a partir de evidências científicas, eficácia, acurácia, efetividade, segurança da tecnologia, avaliação econômica comparativa dos benefícios e custos em relação às tecnologias já existentes, em um prazo de 180 dias prorrogáveis por mais 90, e **atualização da Relação Nacional de Medicamentos** (RENAME). No caso de produtos, estes devem possuir registro prévio na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Fonte: CONITEC. A comissão. 2021. Disponível em <http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>. Acesso 29 Abr 2022.

**Complexo Industrial da Saúde (CIS)** Sistema que congrega o **governo**, como articulador de políticas e detentor de poder de compra; a **indústria**, como elemento-chave para o desenvolvimento e a produção de tecnologias; e a **academia**, como formadora de recursos humanos para a indústria e para os serviços em Saúde, em prol da sociedade, em uma tentativa de fornecer um referencial político-teórico que permita articular duas lógicas distintas: a sanitária e a do desenvolvimento econômico.

Fonte: BRASIL. Glossário Temático: ciência e tecnologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_ciencia\\_tecnologia\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_ciencia_tecnologia_saude.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Conhecimento científico** Conhecimento produzido a partir de atividades científicas, envolvendo **experimentação e coleta de dados**, sendo seu objetivo demonstrar, por argumentação, uma solução para um problema proposto, em relação a uma determinada questão. É derivado da aplicação de métodos mais formais que visam aumentar o rigor em relação a diferentes posições sobre validade e confiabilidade.

Fonte: Universidade Federal de Santa Catarina. VIA – Estação de conhecimento. Conhecimento científico, você sabe o que é. Disponível em <https://via.ufsc.br/voce-sabe-conhecimento-cientifico/>. Acesso 13 Mai 2022.

**Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero** Revisão e atualização das diretrizes e recomendações para o método de rastreamento, à faixa etária, à periodicidade da realização do exame citopatológico e às condutas clínicas frente aos seus resultados, a partir da revisão, análise crítica e síntese da literatura médica publicada, amplo debate das evidências encontradas e consenso de diretrizes, incluindo sua categorização em função de força de recomendação na qual se baseiam.

Fonte: INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento o câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf). Acesso 28 Abr 2022.

**Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica** Estabelece as diretrizes para o cuidado às pessoas com doença renal crônica na Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas. Oferece orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico.

Fonte: BRASIL. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência** Documentos orientadores do cuidado em saúde, e têm como objetivo oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado, bem como estratégias para o manejo e o cuidado de forma qualificada e segura na lógica da integralidade e da humanização de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas, nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Publicações disponíveis para a clientela: Pessoa Amputada; Pessoa com Síndrome de Down;

Cuidados de Saúde às Pessoas com Síndrome de Down; Pessoa com Paralisia Cerebral; Pessoa com Lesão Medular; Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA); Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico; Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para a Prevenção de Deficiências Visuais; Triagem Auditiva Neonatal; Pessoa com Acidente Vascular Cerebral; Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor (0 a 3 anos); Pessoa com Síndrome pós-Poliomielite e Co-morbidades; Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida; Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção; e Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência.

Fonte: Ministério da Saúde. Publicações da Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência (REDE PCD). Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia#:~:text=As%20Diretrizes%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20C3%A0,integralidade%20e%20da%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20de>. Acesso 13 Mai 2022.

**Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil** Contribui para qualificar a tomada de decisão dos gestores em saúde quanto à organização da linha de cuidado do câncer de mama, como também apoiar os profissionais de saúde nas suas práticas clínicas e os pacientes nas suas escolhas frente a diferentes intervenções sanitárias. Constitui-se de um trabalho de Comitê Gestor e grupo multidisciplinar de especialistas para busca, seleção, avaliação da qualidade e análise das evidências; elaboração das diretrizes e graduação do nível de evidência e força da recomendação; consulta pública e revisão das recomendações; editoração e publicação da versão final.

Fonte: INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes\\_deteccao\\_precoce\\_cancer\\_mama\\_brasil.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf). Acesso 28 Abr 2022.

**Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** Estabelece as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, assim como subsidia a organização dessa rede e define conceitos importantes para a organização.

Fonte: BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal** Sintetiza e avalia sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal.

Fonte: BRASIL. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás)** Estatal com 100% do Capital Social pertencente ao Governo Federal. Empresa pública da administração indireta, vinculada ao Ministério da Saúde (MS), que tem como função social garantir aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) o fornecimento de medicamentos derivados do sangue e/ou

obtidos por meio de engenharia genética, com produção nacional, ampliando o acesso da população à saúde.

Fonte: HEMOBRÁS Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia. Quem somos. Disponível em <https://hemobras.gov.br/quem-somos/>. Acesso 13 Mai 2022.

**Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde (ETECS)** como objetivo a contratação de Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT), de entidades de direito privado sem fins lucrativos ou de empresas, isoladamente ou em consórcios, voltadas para atividades de pesquisa e de reconhecida capacitação tecnológica no setor, para a realização de atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação que envolvam risco tecnológico, para solução de problema técnico específico ou para a obtenção de produto, serviço ou processo inovador na área de saúde. Expressão direta da utilidade do poder de compra do Estado na direção de atender a carências específicas da sociedade, podem mudar o paradigma do sistema de inovação de “empurrado pela tecnologia” (*technology push*) para “puxado pela demanda” (*demand pull*), ou seja, um ambiente em que aquilo que aflige o tecido social brasileiro seja passível de se converter e definir a própria direção do desenvolvimento tecnológico de forma corrigir o problema. Configura-se a possibilidade de direcionar os instrumentos de financiamento para sanar uma questão específica. a encomenda específica para resolvê-lo.

Fonte: BRASIL. Avanços, desafios e oportunidades no complexo industrial da saúde em serviços tecnológicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/livro\\_complexo\\_industrial\\_servicos\\_tecnologicos\\_web.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/livro_complexo_industrial_servicos_tecnologicos_web.pdf). Acesso 13 Mai 2022.

**Ética em pesquisa com seres humanos** Critérios para ética em pesquisa: (i) respeitar o participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio da manifestação expressa, livre e esclarecida; (ii) ponderar entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; (iii) garantir que danos previsíveis sejam evitados; e (v) ter relevância social, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária.

Fonte: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/conep/>. Acesso 13 Mai 2022.

**Fomento à Pesquisa e Desenvolvimento de Tecnologias Alternativas Regionalizadas, com vistas à Sustentabilidade dos Serviços e Ações de Saúde Ambiental** Promover o desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de saúde ambiental e saneamento por meio do intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, públicas e privadas sem fins lucrativos, visando o desenvolvimento e validação de novas tecnologias, passíveis de aplicabilidade na área de atuação da Funasa, na busca da melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Fonte: Fundação Nacional de Saúde FUNASA. Fomento à Pesquisa e Desenvolvimento de Tecnologias Alternativas Regionalizadas, com vistas à Sustentabilidade dos Serviços e Ações de Saúde Ambiental. 2022. Disponível em [http://www.funasa.gov.br/web/guest/home?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_asSetEntryId=323430&\\_101\\_type=content&\\_101\\_urlTitle=fomento-a-pesquisa-e-desenvolvimento-de-tecnologias-alternativas-regionalizadas-com-vistas-a-sustentabilidade-dos-servicos-e-acoes-de-saude-](http://www.funasa.gov.br/web/guest/home?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_asSetEntryId=323430&_101_type=content&_101_urlTitle=fomento-a-pesquisa-e-desenvolvimento-de-tecnologias-alternativas-regionalizadas-com-vistas-a-sustentabilidade-dos-servicos-e-acoes-de-saude-)

[ambiental&inheritRedirect=false&redirect=http%3A%2F%2Fwww.funasa.gov.br%2Fweb%2Fguest%2Fhome%3Fp\\_id%3D101%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dmaximized%26p\\_p\\_mode%3Dview%26\\_101\\_struts\\_action%3D%252Fasset\\_publisher%252Fview](http://www.funasa.gov.br/web/guest/home?p_id=101&p_lifecycle=0&p_state=maximized&p_mode=view&p_struts_action=Fasset_publisher&p_view). Acesso 16 Mai 2022.

**Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)** É a principal instituição não-universitária de formação e qualificação de recursos humanos para o SUS e para a área de ciência e tecnologia no Brasil. Possui 32 programas de pós-graduação stricto sensu em diversas áreas, uma escola de nível técnico e vários programas lato sensu. Desenvolve mais de mil projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, que produzem conhecimentos para o controle de doenças como Aids, malária, Chagas, tuberculose, hanseníase, sarampo, rubéola, esquistossomose, meningites e hepatites, violência e as mudanças climáticas, e à história da ciência, entre outros. É composta por (1) Casa de Oswaldo Cruz; (2) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP; (3) Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV); (4) Fiocruz África; (5) Fiocruz Amazônia; (6) Fiocruz Bahia; (7) Fiocruz Minas; (8) Fiocruz Paraná – Instituto Carlos Chagas; (9) Fiocruz Pernambuco; (10) Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos (ICTB); (11) Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT); (12) Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos); (13) Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos); (14) Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); (15) Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI); (16) Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF); e (17) Instituto Oswaldo Cruz.

Fonte: FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <https://portal.fiocruz.br>. Acesso 12 Mai 2022.

**Fundo Rotatório da OPAS para Acesso a Vacinas (FRV)** Programa de **Cooperação Técnica** da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que tem como objetivo garantir aos Estados Membros e territórios das Américas o acesso a vacinas seguras e de qualidade certificada a preços acessíveis. Funciona como apoio aos países para estimarem precisamente seus requisitos de vacinas e produtos relacionados; consolida a demanda regional, o que permite a aquisição de vacinas em grandes quantidades por preços menores (economia de escala); prepara e conduz licitações transparentes para produtos e insumos pré-qualificados; processa os resultados de licitações competitivas na forma de ordens de compras em nome dos países; e monitora o envio e a entrega aos países.

Fonte: OPAS. Fundo Rotatório da OPAS. Disponível em <https://www.paho.org/pt/fundorotatorio>. Acesso 31 Mai 2022.

**Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos** Documento oficial com recomendações e informações para apoiar a família e os profissionais do SUS sobre alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida; promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento; educação alimentar e nutricional no âmbito individual e coletivo; e segurança alimentar e nutricional das crianças brasileiras.

Fonte: BRASIL. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Guia prático de tratamento da malária** Apresentação de todas as orientações relevantes sobre a indicação e uso dos antimaláricos preconizados no Brasil, de acordo com grupo etário dos

pacientes, para facilitar o trabalho dos profissionais das áreas endêmicas e garantir a padronização dos procedimentos necessários para o tratamento da malária.

Fonte: BRASIL. Guia prática de tratamento da malária no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_malaria.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Incorporação, exclusão e alteração de tecnologias no SUS** A incorporação, a exclusão e a alteração pelo SUS de tecnologias em saúde e a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas serão precedidas de processo administrativo, no qual deverá constar: (i) formulário integralmente preenchido, de acordo com o modelo estabelecido pela CONITEC; (ii) número e validade do registro da tecnologia em saúde na ANVISA; (iii) evidência científica que demonstre que a tecnologia pautada é, no mínimo, tão eficaz e segura quanto aquelas disponíveis no SUS para determinada indicação; (iv) estudo de avaliação econômica comparando a tecnologia pautada com as tecnologias em saúde disponibilizadas no SUS; (v) amostras de produtos, se cabível para o atendimento do disposto no §2º do art. 19-Q, nos termos do regimento interno; e (vi) o preço fixado pela CMED, no caso de medicamentos. A CONITEC elabora um parecer técnico sobre o processo administrativo, considerando (a) as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (b) a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível; e (c) o impacto da incorporação da tecnologia no SUS. A decisão final cabe ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos do Ministério da Saúde, que poderá solicitar realização de audiência pública antes da sua decisão. Se houver audiência pública, o Secretário pode solicitar novo parecer da CONITEC sobre as sugestões apresentadas. Após parecer positivo, a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias e/ou protocolo clínico e diretrizes terapêuticas devem ocorrer em até 180 dias para efetivar a oferta no SUS.

Fonte: BRASIL. Decreto n.º 7646, de 21/12/2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7646.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7646.htm). Acesso 13 Mai 2022.

**Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT)** Órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta ou pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos legalmente constituída sob as leis brasileiras, com sede e foro no País, que inclua em sua missão institucional ou em seu objetivo social ou estatutário a pesquisa básica ou aplicada de caráter científico ou tecnológico ou o desenvolvimento de novos produtos, serviços ou processos. São considerados ICT's na saúde os **Institutos Nacionais de Câncer (Inca), de Cardiologia (INC), de Infectologia Evandro Chagas (IEC) e de Traumatologia e Ortopedia (INTO).**

Fonte: BRASIL. Lei n.º 10973, de 02/12/2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm). Acesso 13 Mai 2022. / Ministério da Saúde. Institutos Federais do Ministério da Saúde passam a ser reconhecidos como instituições científicas. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/institutos-federais-do-ministerio-da-saude-passam-a-ser-reconhecidos-como-instituicoes-cientificas>. Acesso 30 Jun 2022.

**Instituto Butantan** Maior produtor de vacinas e soros da América Latina e o principal produtor de imunobiológicos do Brasil. Referência mundial de eficiência e qualidade, é responsável pela maioria dos soros hiperimunes utilizados no Brasil contra venenos de animais peçonhentos, toxinas bacterianas e o vírus da raiva. Também responde pela produção de 65% das vacinas distribuídas pelo SUS no Programa Nacional de Imunizações e 100% das vacinas contra o vírus influenza usadas na Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe.

Fonte: Instituto Butantan. Institucional. O Instituto. Disponível em <https://butantan.gov.br/institucional/o-instituto>. Acesso 31 Mai 2022.

**Instituto de Tecnologias em Imunobiológicos (Biomanguinhos) / FIOCRUZ** Unidade da **Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)** responsável por pesquisa, inovação, desenvolvimento tecnológico e pela produção de vacinas, kits para diagnóstico e biofármacos voltados para atender prioritariamente às demandas da saúde pública nacional, investimento contínuo na cadeia de inovação e em desenvolvimento tecnológico, domínio de tecnologias de ponta e avançados processos de produção, e parcerias com outras instituições públicas e privadas garantem acordos de transferência de tecnologia e de desenvolvimento tecnológico. O Complexo Tecnológico de Vacinas (CTV) do Instituto garante a autossuficiência em vacinas essenciais para o calendário básico de imunização do Ministério da Saúde (MS).

Fonte: Portal Fiocruz. Instituto de Tecnologias em Imunobiológicos (Biomanguinhos). 2022. Disponível em <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/home/quem-somos>. Acesso 12 Mai 2022.

**Instituto René Rachou** Unidade da **FIOCRUZ** em Minas Gerais, tem como missão melhorar a qualidade de vida da população, atendendo a situações de saúde de prioridade nacional, mediante a ação integrada de Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico, ensino e Serviços de Referência. Desde 1955, está envolvido com a busca de novos fármacos, vacinas, métodos para Diagnóstico, Promoção e Controle de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Doenças Degenerativas Crônicas, Envelhecimento, Educação em Saúde, Saúde e Ambiente, Genômica e Bioinformática.

Fonte: Instituto René Rachou Fiocruz Minas. Quem somos. Disponível em <http://www.cpqrr.fiocruz.br/pg/quem-somos/>. Acesso 24 Mai 2022.

**Insumos estratégicos para a saúde** **Medicamento, princípio ativo, material ou equipamento médico-hospitalar** utilizado para o tratamento de um grupo de agravos específicos com aplicabilidade para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: BRASIL. Glossário Temático: ciência e tecnologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_ciencia\\_tecnologia\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_ciencia_tecnologia_saude.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Inovação** Introdução de **novidade ou aperfeiçoamento** no ambiente produtivo e social que resulte em **novos produtos, serviços ou processos** ou que compreenda a agregação de novas funcionalidades ou características a produto, serviço ou processo já existente que possa resultar em melhorias e em efetivo ganho de qualidade ou desempenho.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 10973, de 02/12/2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm). Acesso 13 Mai 2022.

**Inovação tecnológica** Novidade implantada por uma empresa ou instituição, por meio de pesquisas ou investimentos que aumentem a eficiência de processos produtivos ou impliquem em um **produto, processo ou serviço novo ou aprimorado**.

Fonte: BRASIL. Glossário Temático: ciência e tecnologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_ciencia\\_tecnologia\\_sau.gov.br](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_ciencia_tecnologia_sau.gov.br). Acesso 12 Mai 2022.

**Materiais Especiais** Quaisquer materiais ou dispositivos de uso individual que auxiliam em procedimento **diagnóstico ou terapêutico** e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não, podendo ou não sofrer reprocessamento, conforme regras determinadas pela Anvisa.

Fonte: BRASIL. Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_praticas\\_gestao\\_proteses\\_materiais\\_especiais.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf). Acesso 16 Mai 2022.

**Medicamentos** (...) Na perspectiva da Saúde Coletiva, medicamento [dimensão técnica] é um produto de saúde ou tecnologia de saúde dotada de propriedades (farmacológicas, farmacocinéticas, farmacodinâmicas, eficácia e segurança) capazes de reparar, minimizar ou prevenir uma situação indesejável a um indivíduo; [dimensão econômica] custo envolvido para o indivíduo ou para a gestão do sistema de saúde municipal, estadual ou federal e por ser um bem de consumo inserido no complexo produtivo da saúde); [dimensão simbólica] indivíduo ou grupos atribuem ao medicamento; [dimensão ideológica] resultante da produção social de sentido sobre o medicamento; [dimensão política] articulação das dimensões anteriores e como isso se reflete nas decisões do Estado na formulação de políticas relacionadas e [dimensão sanitária] visto que é uma tecnologia, um produto relacionado à saúde individual e coletiva, que desde a sua produção até o descarte pode oferecer riscos à saúde, requerendo, portanto, regulação em todas as etapas do seu processo produtivo) (...).

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 130-132. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Medicina Tropical** Ramo da medicina que lida com problemas de saúde que ocorrem unicamente, são mais disseminados ou se mostram mais difíceis de controlar nas regiões tropicais ou subtropicais.

Fonte: Universidade Federal de Goiás. Medicina Tropical. Disponível em <https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/n/4767-medicina-tropical>. Acesso 13 Mai 2022.

**Medidas de Compensação na Área da Saúde (MECS)** Preveem “**medidas de compensação comercial, industrial, tecnológica ou acesso a condições vantajosas de financiamento**” (conforme previsto no § 11 do art. 3º da Lei nº 8.666, de 1993). Esse instrumento tira proveito do poder de barganha acentuado de grandes compras governamentais para ensejar compensações de diversas naturezas que podem ser decisivas para a opção por um determinado fornecedor. Uma variante dos acordos offset, essa modalidade é particularmente relevante por associar a vantajosidade comercial da compra em larga escala com a compensação decorrente da dimensão da compra, ou seja, a compra de dezenas de tecnologias dá ao comprador uma capacidade de negociação muito superior. Isso é particularmente importante em ambientes de

negócios submetidos, frequentemente, a monopólios e oligopólios com poder de mercado assimétrico.

Fonte: BRASIL. Avanços, desafios e oportunidades no complexo industrial da saúde em serviços tecnológicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_complexo\\_industrial\\_servicos\\_tecnologicos\\_web.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_complexo_industrial_servicos_tecnologicos_web.pdf). Acesso 13 Mai 2022.

**Órtese** Peça ou aparelho de correção ou complementação de membros ou órgãos do corpo. Também definida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

Fonte: BRASIL. Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_praticas\\_gestao\\_proteses\\_materiais\\_especiais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf). Acesso 16 Mai 2022.

**Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)** Visam ampliar o acesso a medicamentos e produtos para saúde considerados estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do fomento ao desenvolvimento nacional para reduzir os custos de aquisição dos medicamentos e produtos para saúde que atualmente são importados ou que representam um alto custo para o SUS. As parcerias são realizadas entre duas ou mais instituições públicas ou entre instituições públicas e empresas privadas, buscando promover a produção pública nacional. Também está incluído no escopo das PDP o desenvolvimento de novas tecnologias.

Fonte: Ministério da Saúde. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/scctie/cgcis/pdp>. Acesso 13 Mai 2022.

**Pesquisa nos Estabelecimentos de Saúde Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária (AMS) / IBGE** – realizada desde 1975, de periodicidade anual, tem como finalidade conhecer e dimensionar a infraestrutura dos serviços de assistência médico-sanitária e, fornecer subsídios para o planejamento das ações de saúde, por meio das características e da distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde, e subsidiar o planejamento de demandas regionais voltadas ao investimento público no setor, notadamente em relação à organização municipalizada da gestão dos recursos. Abrange todos os estabelecimentos de saúde que prestam assistência à saúde individual ou coletiva, com um mínimo de técnica apropriada, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para atendimento rotineiro à população, quer sejam eles públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, incluindo os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia e controle regular de zoonoses. Principais Variáveis: caracterização do estabelecimento; identificação mantenedora; prestação de serviço a planos de saúde; instalação física; utilização da capacidade instalada; produção de serviços por espécie de atendimento; nascidos vivos e óbitos hospitalares; número de leitos; contratos e convênios; terceirização de serviços; recursos humanos; equipamentos; serviço de diagnose e terapia.

Fonte: IBGE. Comitê de Estatísticas Sociais. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. Disponível em <https://ces.ibge.gov.br/apresentacao/portarias/200-comite-de-estatisticas-sociais/base-de-dados/1153-pesquisa-de-assistencia-medico-sanitaria.html>. Acesso 13 Mai 2022.

**Plantas medicinais e Medicamentos Fitoterápicos** As plantas medicinais são aquelas capazes de aliviar ou curar enfermidades e têm tradição de uso como remédio em uma população ou comunidade. Para usá-las, é preciso conhecer a planta e saber onde colhê-la, e como prepará-

la. Normalmente são utilizadas na forma de chás e infusões. Quando a planta medicinal é industrializada para se obter um medicamento, tem-se como resultado o fitoterápico. O processo de industrialização evita contaminações por micro-organismos e substâncias estranhas, além de padronizar a quantidade e a forma certa que deve ser usada, permitindo uma maior segurança de uso. Os fitoterápicos industrializados devem ser regularizados na Anvisa antes de serem comercializados.

Fonte: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/fitoterapicos>. Acesso 01 Jun 2022.

**Produto** Equipamento, aparelho, material, artigo ou sistema de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, destinado a prevenção, tratamento, reabilitação ou anticoncepção e que não utiliza meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar sua principal função em seres humanos, mas que pode ser auxiliado por esses meios em suas funções.

**Projeto de Construção do Complexo Industrial de Biotecnologia em Saúde (CIBS)** Projeto do maior centro de produção de produtos biológicos da América Latina e um dos mais modernos do mundo com avançadas tecnologias para as áreas produtivas de biológicos. Sua maior instalação será o Novo Centro de Processamento Final (NCPFI), que ampliará a capacidade de produção de imunobiológicos do Instituto Biomanguinhos.

Fonte: FIOCRUZ. Biomanguinhos. Campus Santa Cruz (RJ). 2022. Disponível em <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/home/crescimento-institucional/santa-cruz-rj>. Acesso 31 Mai 2022.

**Prótese** Peça ou aparelho de substituição dos membros ou órgãos do corpo. Compreende qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

Fonte: BRASIL. Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_praticas\\_gestao\\_proteses\\_materiais\\_especiais.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf). Acesso 16 Mai 2022.

**Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas** Documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação os resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Fonte: BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28/06/2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso 18 Abr 2022.

**Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)** Documentos para facilitar a conduta de gestores no manejo programático e operacional, e dos profissionais de saúde, a partir de critérios de diagnóstico de IST, tratamento preconizado, mecanismos de controle clínico e acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos. Tem por finalidade melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com IST, com base em extensa revisão de evidências científicas e validado em discussão com especialistas.

Fonte: BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso 10 Mai 2022.

**Protocolo Clínico de Manejo da Obesidade** Manual para abordagem coletiva da obesidade na APS e para tratamento da obesidade infantil e suas comorbidades.

Fonte: Bortolini, Gisele Ane et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 44, e39. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>. Acesso 26 Abr 2022.

**Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids** Fortalecer e orientar profissionais e pacientes para uso racional de antirretrovirais, harmonizando procedimentos desde a programação, passando por sistemas de informações até orientações e recomendações gerenciais e clínicas sobre as diversas condições que fazem parte do cotidiano das pessoas que vivem com HIV/Aids. Envolve também um conjunto de ações que vão desde os aspectos relacionados à prevenção, acolhimento, aconselhamento, autocuidado e monitoramento nas diferentes fases de evolução a doença, até os aspectos clínicos, psicossociais, econômicos e epidemiológicos, direcionando essas ações para a valorização a vida e propiciando qualidade no viver das pessoas vivenciando com HIV e Aids.

Fonte: BRASIL. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_assistencia\\_farmaceutica\\_aids.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmaceutica_aids.pdf). Acesso 27 Abr 2022.

**Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS)** Instituído pela Portaria MS/GM n.º 2915/2011, é uma rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no país para estabelecer a ponte entre pesquisa, política e gestão, fornecendo subsídios (**geração e síntese de evidências científicas**) para decisões de incorporação, monitoramento e abandono de tecnologias no contexto de suas utilizações nos sistemas de saúde e é uma estratégia para viabilizar a elaboração e a disseminação de estudos de ATS prioritários para o sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a formação e a educação continuada na área. Visa desenvolver atividades para a **disseminação do conhecimento e fomento de estudos de ATS prioritários para o Sistema Único de Saúde (SUS), capacitação de recursos humanos e padronização de metodologias** que visem a qualidade e a excelência dos resultados **das pesquisas**, considerando segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade, impacto orçamentário, equidade e impactos éticos, culturais e ambientais. É composto por um Comitê Gestor e representantes indicados de secretarias do Ministério da Saúde, ANVISA, ANS, CONASS e CONASEMS.

Fonte: REBRATS. Quem somos. Disponível em <https://rebrats.saude.gov.br/quem-somos>. Acesso 12 Mai 2022.

**Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PenSSAN)** Grupos temáticos: (i) **Direito humano à alimentação adequada**; (ii) **Produção e processamento e alimentos para sistemas alimentares saudáveis**; (iii) **Abastecimento e consumo alimentar saudável**; (iv) **Determinantes e efeitos da insegurança alimentar e nutricional**; (v) **Comida e cultura: os múltiplos olhares sobre a alimentação**; e (vi) **A construção da pesquisa em SSAN**: epistemologia, método e indicadores para sua avaliação e monitoramento.

Fonte: Rede PenSSAN. Grupos temáticos. 2022. Disponível em <[GRUPOS TEMÁTICOS – Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e SAN \(pesquisassan.net.br\)](http://GRUPOS TEMÁTICOS – Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e SAN (pesquisassan.net.br))>. Acesso 25 Abr 2022.

**Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS)** Criada em 2010, proporciona a comunicação e articulação entre pesquisadores, profissionais, usuários e gestores da APS e promove a melhoria da utilização de resultados em pesquisas para qualificar a gestão e potencializar o conhecimento. Consiste em um portal para **cadastro dos pesquisadores e pesquisas em APS** para **divulgação de trabalhos** e debate entre os integrantes da comunidade por meio de **informes, fóruns, entrevistas, notícias, eventos, entre outras**. É desenvolvida pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com apoio do Conselho Nacional de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde.

Fonte: Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rede de Pesquisa em Atenção Primária em Saúde. Disponível em <https://redeaps.org.br/rede-aps/>. Acesso 09 Mai 2022.

**Rede de Plataformas Tecnológicas FIOCRUZ** Rede estruturada como suporte tecnológico para pesquisa, desenvolvimento tecnológico e vigilância em saúde, e para otimizar os recursos de infraestrutura, de manutenção e de operação de equipamentos de maior complexidade na instituição. Esta rede também está acessível para cientistas de outras instituições, públicas e privadas e para empresas. Atualmente trabalha os temas: **ambiente e saúde, animais de laboratório, bioensaios, bioinformática, bioprospecção, citometria, engenharia de proteínas, genômica, impressão 3D, métodos analíticos, metrologia, microscopia, nanotecnologia, PCR em tempo real e proteômica**. As Plataformas Tecnológicas e seus respectivos Espaços Tecnológicos estão presentes em Unidades Técnico-Científicas da Fiocruz, dando suporte à pesquisa e à cooperação regional, nos estados do Amazonas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro e Rondônia.

Fonte: FIOCRUZ. Rede de Plataformas Tecnológicas Fiocruz. Disponível em <https://plataformas.fiocruz.br/>. Acesso 12 Mai 2022.

**Soberania nacional de tecnologias estratégicas e da inovação em saúde** Produção nacional suficiente para abastecimento de insumos no sus, com maximização dos resultados esperados (melhor custo-benefício, custo-efetividade e custo-eficácia).

**Tecnologias em saúde (1)** (...) No campo da saúde, observa-se uma redução usual da tecnologia a equipamentos, e mais, a equipes médicas. No entanto, a tecnologia deve ser compreendida como conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos **equipamentos**, devem ser incluídos os **conhecimentos e ações** necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 203-205. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Tecnologias em saúde (2)** O sentido contemporâneo de tecnologia diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalhos, sem, contudo, fundir estas duas dimensões. (...). Constitui-se então a tecnologia em saúde, que é sobretudo, tecnologia de curar. (...).

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 203-205. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Tecnologias em saúde (3)**, *fem. Pl. sin. Tecnologia biomédica*. Conjunto dos meios técnicos e procedimentos disponibilizados pela ciência para a utilização em prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação na área de saúde.

Fonte: BRASIL. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_economia\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_economia_saude.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Tecnologia biomédica** [termo alternativo Tecnologia em Saúde] Aplicação de tecnologia para solução de problemas médicos

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](http://DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (bvsalud.org)). Acesso em 11 Abr 2022.

**Tipologia das redes de pesquisa em saúde** I – Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS); II – Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS); III – Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino; IV – Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC); V – Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC); VI – Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC); VII – Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN); VIII – Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC); IX – Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA); X – Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA); e Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 03, de 28/09/2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULOI). Acesso 19 Abr 2022.

**Vacinas** Substâncias biológicas introduzidas nos corpos das pessoas a fim de protegê-las de doenças; ativam o sistema imunológico, "ensinando" nosso organismo a reconhecer e combater vírus e bactérias em futuras infecções; são compostas por agentes semelhantes aos microrganismos que causam as doenças, por toxinas e componentes desses microrganismos ou pelo próprio agente agressor. Nesse último caso, há versões atenuadas (o vírus ou a bactéria enfraquecidos) ou inativas (o vírus ou a bactéria mortos). Ao ser introduzida no corpo, a vacina estimula o sistema imunológico humano a produzir os anticorpos necessários para evitar o desenvolvimento da doença caso a pessoa venha a ter contato com os vírus ou bactérias que são seus causadores. A aplicação de vacinas pode causar efeitos colaterais, como reações como febre, dor em torno do local da aplicação e dores musculares.

Fonte: FIOCRUZ. Biomanguinhos. Vacinas: as origens, a importância e os novos debates sobre seu uso. 2016. Disponível em <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1263-vacinas-as-origens-a-importancia-e-os-novos-debates-sobre-seu-uso?showall=1&limitstart=>. Acesso 16 Mai 2022.

**VIGITEL** Inquérito telefônico do Ministério da Saúde para vigilância de fatores de risco e proteção (tabagismo, alimentação não saudáveis, inatividade física, uso nocivo de bebidas alcoólicas) para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tais como diabetes, câncer e cardiovasculares (hipertensão arterial), e também outros temas pontuais conforme necessidade, como a proteção contra raios ultravioletas, comportamentos no trânsito e ações de combate à dengue.

Fonte: VIGITEL. O que é o Vigitel? Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/inqueritos-de-saude/vigitel>. Acesso 26 Abr 2022.

### 3. Controle social

TG: Participação da comunidade; [Participação social](#); [Promoção em saúde](#)

TR:

TE: [Conselhos de saúde](#); [Conferências de saúde](#); [Ministério Público](#)

Brasil. Tesauro Eletrônico do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&x=1&s=&n=50&t=&l=60&y=0&w>. Acesso 18 Abr 2022.

**Caráter deliberativo dos conselhos de saúde** Deliberação como resultado da votação realizada no plenário dos conselhos, que devem ser homologadas no formato de documento oficial e colocadas em prática no prazo máximo de 30 dias pelos gestores.

Fonte: MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Dilemas da participação social em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 84, p. 47-55, 2010. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341770006.pdf>. Acesso 16 Mai 2022.

**Conferências de Saúde** Reunir-se-á a cada 4 anos com representação os vários segmentos sociais, para **avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde** nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo, ou extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Fonte: BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28/12/1990**. 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 18 Abr 2022.

**Conselhos de Saúde** Órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, atua na **formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde** na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Fonte: BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28/12/1990**. 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 18 Abr 2022.

**Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI)** Cada Distrito Sanitário Especial Indígena tem um Conselho Distrital de Saúde Indígena responsável por **fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões**.

**Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI)** Com característica permanente e consultiva, é composto por representantes indígenas, com competência de **manifestar e acompanhar as ações e o serviços de atenção à saúde indígena e determinantes ambientais nas comunidades**.

**Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPDCONDISI)** Com caráter consultivo, assessora a SESAI em relação à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em consonância com os conselhos locais e distritais de saúde. É composto pelos 3 presidentes dos CONDISI, e promove o **fortalecimento e articulação política do controle social no âmbito da gestão**

participativa do SasiSUS e do SUS, em consonância com as diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

Fonte: Ministério da Saúde. Controle Social. 2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/controle-social>. Acesso 03 Mai 2022.

**Conselho Nacional de Saúde** Instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Criado em 1937, sua missão é fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, por isso é chamado de controle social na saúde. Realiza ainda conferências e fóruns de participação social, além de aprovar o orçamento da saúde e acompanhar a sua execução, avaliando a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde.

Fonte: Conselho Nacional de Saúde. Apresentação. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm#:~:text=A%20presid%C3%Aancia%20do%20C3%B3rg%C3%A3o%20C3%A9,o%20Plano%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde.> Acesso 16 Mai 2022.

**Conselhos Locais de Saúde (CLS)** São vinculados a uma Unidade de Saúde e constituídos por representantes, usuários de sua área de abrangência, trabalhadores do próprio serviço e gestores locais do SUS; devem ser estimulados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e objetivam uma governança participativa da comunidade no enfrentamento de seus problemas locais.

Fonte: Varela, L. D., Faustino, R. dos S., Freitas, C. H. A. de, Sampaio, Y. P. C. C., Oliveira, R. S. de, Pinto, A. G. A., Maia, E. R., & Lopes, M. do S. V. (2020). Conselho local de saúde: implantação e dificuldades da formação na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 33. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10908>. Acesso 16 Mai 2022.

**Controle social** Um dos elementos constitutivos da estratégia política a esfera pública.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 66. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Controle Social (2)**, *masc.* Práticas de participação e fiscalização da população nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS.

Fonte: BRASIL. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Controle social (3)** Participação popular na fiscalização e controle sobre as ações, no respectivo nível de governo, destacando-se na área da Saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde.

Fonte: BRASIL. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em [https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/glossarios/glossario\\_ms.pdf](https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/glossarios/glossario_ms.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Documentos produzidos pelos Conselhos de Saúde** (i) Atas de reunião (documento de registro das reuniões dos conselhos, com valor jurídico, apresenta resumo fiel dos fatos, ocorrências e decisões tomadas pelos conselheiros durante as reuniões, escrito sem parágrafos,

corridamente, deve ser assinado, preferencialmente, por todos os presentes); e (ii) **Deliberações** – tipos e características a) **Resolução** (decisão de caráter geral que estabelece normas a todos aqueles diretamente relacionados ao seu conteúdo, devem ser obrigatoriamente homologadas pelo chefe do Poder Executivo, em até trinta dias, ou recorre-se ao Ministério Público); b) **Recomendação** (sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou da forma de execução de uma política ou ação de saúde); e c) **Moções** (manifestação de aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato).

**Estrutura dos Conselhos de Saúde** (i) **Plenário**, fórum de deliberação dos conselheiros, com reuniões periódicas (1 por mês no mínimo), funciona de acordo com regimento interno próprio, abertas ao público; (ii) **Presidência**, ocupada por um dos conselheiros titulares, conduza reunião do plenário e representa o conselho de saúde; (iii) **Mesa Diretora**, composta por conselheiros titulares eleitos pelo plenário, conduz processos administrativos e políticos, promove articulações internas e externas; (iv) **Secretaria Executiva**, fornece suporte administrativo, subordinada ao plenário; (v) **Comissões**, prestam assessoria, intersetoriais, podem ser permanentes ou temporárias; e (vi) **Grupos de Trabalho**, constituídos pelo plenário, prestam assessoria, executam um trabalho com objetivos e prazos definidos.

**Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde** Composto 48 conselheiros(as) titulares e seus respectivos primeiros e segundos suplentes (representantes dos movimentos sociais, instituições governamentais e não-governamentais, entidades de profissionais de saúde, comunidade científica, entidades de prestadores de serviço e entidades empresariais da área da saúde), com paridade de 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores do SUS e prestadores de serviços em saúde; tem eleições a cada três anos para escolher seus membros, que podem se candidatar seguindo as regras regimentais. A presidência do órgão é eleita entre os próprios conselheiros e conselheiras. Dentre as principais atribuições, o

Fonte: Conselho Nacional de Saúde. Apresentação. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm#:~:text=A%20presid%C3%Aancia%20do%20C3%B3rg%C3%A3o%20C3%A9,o%20Plano%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde.> Acesso 16 Mai 2022.

**Instâncias do Controle Social** Os **conselhos** (composição paritária de caráter permanente e deliberativo, nas três esferas – municipal, estadual e federal – com função de controle, fiscalização e acompanhamento da formulação, implementação e na avaliação das políticas de saúde) e **conferências** (acontecem a cada 4 anos nas 3 esferas, com função de elaborar diretrizes dos programas, das políticas e as ações prioritárias a serem apreciadas e aprovadas pelo conselho de saúde correspondente) de saúde são as instâncias do controle social, regulamentadas pela Lei n.º 8142/1990.

Fonte: OLIVEIRA, Tarcio de Almeida; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013. Saúde em Debate, v. 39, n. SPE, p. 132-144, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RqVTmKv4nyRRvjDyMmVDh8g/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso 16 Mai 2022.

**Plenária dos Conselhos de Saúde** Atribuições: (i) **acompanhar a implementação das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde**; (ii) **analisar os obstáculos e os avanços da ação dos Conselhos de Saúde**; (iii) **propor diretrizes e caminhos para efetivar o controle social do SUS**; e (iii) **provocar intensa troca de experiências entre seus participantes**, propiciando a renovação de forças e motivações para o aprofundamento da concepção e articulação do efetivo exercício do controle social.

Fonte: BRASIL. Para entender o controle social na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual\\_Para\\_Entender\\_Control\\_Social.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf). Acesso 16 Mai 2022.

#### 4. Direito à saúde

TG: Direitos básicos; Direitos humanos; Dever do Estado; [Direito na saúde](#); [Direitos Humanos](#)  
TR:

TE: Acesso aos serviços; qualidade de vida; bem-estar; Direito à informação relacionada à sua saúde; Acesso à políticas não discriminatórias; Inclusão de todas as pessoas; [Cuidados paliativos](#); [Programa Nacional de Renda Mínima](#)

Brasil. Tesouro Eletrônico do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&x=1&s=&n=50&t=&l=60&y=0&w>. Acesso 18 Abr 2022.

**Acesso à informação** Direito de obter: I – orientação sobre os [procedimentos para a consecução de acesso](#), bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada; II - informação contida em [registros ou documentos](#), produzidos ou acumulados por seus órgãos ou entidades, recolhidos ou não a arquivos públicos; III - informação [produzida ou custodiada por](#) pessoa física ou entidade [privada](#) decorrente de qualquer vínculo com seus órgãos ou entidades, mesmo que esse vínculo já tenha cessado; IV - [informação primária, íntegra, autêntica e atualizada](#); V - informação sobre [atividades exercidas pelos órgãos e entidades](#), inclusive as relativas à sua política, organização e serviços; VI - informação pertinente à administração do patrimônio público, utilização de recursos públicos, licitação, contratos administrativos; e VII - informação relativa: a) à implementação, [acompanhamento](#) e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas, bem como metas e indicadores propostos; e b) ao resultado de inspeções, auditorias, prestações e tomadas de contas realizadas pelos órgãos de [controle interno e externo](#), incluindo prestações de contas relativas a exercícios anteriores.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 12527, de 18/11/2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm). Acesso 16 Mai 2022.

**Agenda regulatória (AR)** Instrumento de planejamento da atuação regulatória sobre temas prioritários para um determinado período; seu principal objetivo é aprimorar o marco regulatório em vigilância sanitária, promovendo a transparência e a previsibilidade tanto para os setores envolvidos quanto para os cidadãos; 1ª etapa do processo regulatório. Do desenvolvimento e discussão dos temas da AR podem resultar atos normativos (RDCs, INs, ou atos normativos conjuntos com outros órgãos) ou instrumentos regulatórios não normativos (guias, manuais, “perguntas e respostas”, etc.). Temas das normas da ANVISA: [\(1\) Agrotóxicos](#); [\(2\) Alimentos](#); [\(3\) Cosméticos](#); [\(4\) Farmacopeia](#); [\(5\) Insumos farmacêuticos](#); [\(6\) Laboratórios Clínicos](#); [\(7\) Medicamentos](#); [\(8\) Portos, aeroportos e fronteiras](#); [\(9\) Produtos para a saúde](#); [\(10\) Saneantes](#); [\(11\) Sangue, tecidos e órgãos](#); [\(12\) Serviços de interesse para a saúde](#); [\(13\) Serviços de saúde](#); [\(14\) Tabaco](#); e [\(15\) Temas transversais](#).

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Agenda Regulatória. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/agenda-regulatoria>. Acesso 16 Mai 2022.

**Alimentação e nutrição** **Direito constitucional** previsto na lei que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), que estabelece seu caráter determinante para as condições de saúde e o Ministério da Saúde é o responsável por formular sua política.

Requisitos básicos para a **promoção e proteção da saúde**, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (...) **Fator condicionante e determinante da saúde**.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf). Acesso 25 Abr 2022.

**Carta dos direitos dos usuários do SUS** Documento elaborado de acordo com 6 princípios: (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; e (6) Todo cidadão tem direito ao **comprometimento dos gestores da saúde** para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Fonte: BRASIL. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf). Acesso 03 Mai 2022.

**Constituição Federal de 1988** Saúde como direito de todos e dever do Estado; **Acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde**; Constituição do SUS por uma rede regionalizada e hierarquizada; Diretrizes do SUS: I – **descentralização**, com direção único em cada esfera de governo, II – **atendimento integral**, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e III – **participação da comunidade**; Participação da **iniciativa privada de forma complementar ao SUS**, com preferência de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos; Competências do SUS: (i) controle e fiscalização os procedimentos, produtos e substâncias e interesse para a saúde e participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outro insumos, (ii) execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as da saúde do trabalhador, (iii) ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, (iv) participação a formulação da política e da execução as ações de saneamento básico, (v) incremento em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico, (vi) fiscalização e inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano, (vii) participação o controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, e (viii) colaboração da proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

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

**Descentralização** Processo de transferência de poder e responsabilidades do nível central aos níveis periféricos de um sistema. No caso do sistema de serviços de saúde brasileiro, trata-se

da redefinição de funções e responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, paralelamente à transferência de recursos (financeiros, humanos e materiais) que passam do controle federal para o controle estadual e municipal.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). Glossário de análise política em Saúde. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 16 Mai 2022.

**Diminuição da pobreza** [Termo alternativo Erradicação da pobreza; ODS] Meta dos **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável** para 2030: **erradicar a pobreza extrema** para todas as pessoas em todos os lugares (pobreza viver com menos de US\$ 1,90 por dia); **reduzir** pelo menos à metade a proporção de homens, mulheres e crianças, de todas as idades, **que vivem na pobreza; implementar**, em nível nacional, medidas e sistemas de **proteção social adequados; garantir que todos os homens e mulheres tenham direitos iguais aos recursos** econômicos, bem como o acesso a serviços básicos, propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, novas tecnologias apropriadas e serviços financeiros, incluindo microfinanças; **construir a resiliência dos pobres e daqueles em situação de vulnerabilidade, e reduzir a exposição e vulnerabilidade destes a eventos extremos** relacionados com o clima e outros choques e desastres econômicos, sociais e ambientais.

Fonte: Nações Unidas Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso 16 Mai 2022.

**Direito à saúde** A saúde consta na **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, de 1948 no artigo XXV, que define que **todo ser humano tem direito** a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, **saúde e bem estar**, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ou seja, direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas. No contexto brasileiro, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que “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 a promoção, proteção e recuperação”. No entanto, direito à saúde não se restringe apenas a poder ser atendido no hospital ou em unidades básicas. Embora o acesso a serviços tenha relevância como direito fundamental, o direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, em associação com outros direitos básicos como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 24, 25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Direito à saúde (2)** Direito a serviços de saúde acessíveis financeiramente e fisicamente ao alcance de todas as seções da população, incluindo crianças. Adolescentes, idosos, pessoas portadoras de deficiência e outros grupos vulneráveis, bem como baseados em políticas não discriminatórias. A acessibilidade também implica no direito à busca, ao recebimento e transmissão de informação relacionadas à saúde em um formato acessível para todos, incluindo pessoas portadores de deficiência, mas não altera o direito de que os dados pessoais de saúde sejam tratados confidencialmente. É também um dos direitos humanos fundamentais assegurados na constituição, que permite aos cidadãos exigirem do Estado as condições para que possam gozar de completo bem-estar físico, mental e social.

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](http://bvsalud.org). Acesso em 11 Abr 2022.

**Direitos sociais dos trabalhadores da saúde** (i) previsto na Constituição Federal (Art. 7, Cap II) estão a. a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de **normas de saúde, higiene e segurança**; b. **adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas**, na forma da lei; c. **aposentadoria**; e d. **seguro contra acidentes de trabalho**, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa; Portaria TEM n.º 3.214/1978 com 28 Normas Regulamentadoras - NR do Capítulo V - Título II, da CLT, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, tais como orientar a **implantação dos Programas de Prevenção de Riscos Ambientais e a implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional** nas empresas, para promoção da saúde e proteção do trabalhador no ambiente de trabalho; Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Cíveis da União das Autarquias e das Fundações Públicas Federais instituído pela Lei n.º 8.112/1990 que contemplam os **adicionais de insalubridade, periculosidade ou atividades penosas, a aposentadoria e a licença por acidente em serviço**, respectivamente; Decreto n.º 3.048/1999, que aprova benefícios tais como **aposentadorias e suas variantes, auxílio doença, auxílio acidente**; Lei n.º 6.367/1976 que regulamenta os Acidentes do Trabalho e a Lei n.º 8.270/1991 que determina que servidores civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais recebam **adicionais de insalubridade e de periculosidade**; entre outros.

Fonte: BEJGEL, Ilana; BARROSO, Wanir José. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. Bol. Pneumol. Sanit., Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 69-77, dez. 2001. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-460X2001000200011&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2001000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso 19 Mai 2022.

**Emendas constitucionais (EC)** EC n.º 29, de 13/09/2000, que assegura os **percentuais mínimos de recursos próprios de estados (12%), Distrito Federal (12%) e municípios (15%)** para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde; EC n.º 95, de 15/12/2016, que dispõe sobre o percentual mínimo de recursos próprios da união para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde;

**Equidade** Diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. A construção da equidade em saúde implica na **identificação das necessidades sociais e das necessidades de serviços de saúde dos diversos grupos da população e na reorganização dos serviços e redistribuição dos recursos** de modo a atender, de forma diferenciada, os diversos grupos da população.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). Glossário de análise política em Saúde. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 16 Mai 2022.

**Humanização** Práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos, de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores **condições de trabalho e de participação** dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (princípio da **indissociabilidade entre atenção e gestão**).

Fonte: EPSJV. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso 16 Mai 2022.

**Instrumentos legais do Sistema Único de Saúde (SUS)** Lei n.º 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Lei n.º 8.142, de 28/12/1990, 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 e dá outras providências; Lei Complementar n.º 141, de 13/01/2012, que regulamenta os dispositivos constitucionais que dispõe sobre o valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes da federação no financiamento de ações e serviços públicos de saúde, critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas para fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 esferas de governo;

**Instrumentos infralegais** Decreto n.º 7.508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19/09/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências

**Instrumentos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS)** Portaria de Consolidação n.º 01, de 28/09/2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria de Consolidação n.º 02, de 28/09/2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde; Portaria de Consolidação n.º 03, de 28/09/2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria de Consolidação n.º 04, de 28/09/2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria de Consolidação n.º 05, de 28/09/2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS); e Portaria de Consolidação n.º 06, de 28/09/2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde.

**Integralidade** Diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde dos diversos grupos da população.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). Glossário de análise política em Saúde. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 16 Mai 2022.

**Justiça fiscal para distribuição de renda** Aplicação da justiça social no setor tributário, possibilitando regras tributárias que impactem economicamente na população, promovendo uma distribuição da renda ao invés de concentração da renda.

**Leis Orgânicas da Saúde** Lei n.º 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Lei n.º 8.142, de 28/12/1990, 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 e dá outras providências

**Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL)** A norma trata do comércio, publicidade, rotulagem, educação e informação ao público do governo, entidades civis e iniciativa privada sobre comercialização de alimentos para lactentes e crianças da primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 11.265, de 03/01/2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm). Acesso 04 Mai 2022.

**Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)** Apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Estes são os objetivos para os quais as Nações Unidas estão contribuindo a fim de que possamos atingir a Agenda 2030 no Brasil: (1) Erradicação da pobreza; (2) Fome zero e agricultura sustentável; (3) Saúde e Bem-estar; (4) Educação de qualidade; (5) Igualdade de gênero; (6) Água potável e saneamento; (7) Energia limpa e acessível; (8) Trabalho decente e crescimento econômico; (9) Indústria, inovação e infraestrutura; (10) Redução das desigualdades; (11) Cidades e comunidades sustentáveis; (12) Consumo e produção responsáveis; (13) Ação contra a mudança global do clima; (14) Vida na água; (15) Vida terrestre; (16) Paz, justiça e instituições eficazes; e (17) Parcerias e meios de implementação.

Fonte: Nações Unidas Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso 16 Mai 2022.

**Política Nacional de Fortalecimento do SUS** Projeto de Lei n.º 1529/2020 Conjunto de objetivos e diretrizes que visam a aperfeiçoar de modo permanente a organização e a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implementado pelas três esferas de governo; e amplia os incentivos, benefícios e garantias e condições de trabalho dos profissionais da saúde.

Fonte: Senado Federal. Atividade Legislativa. Projeto de Lei n.º 1529, de 2020. Disponível em [https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141428?utm\\_term=Apresentado+projeto+que+cria+a+Politica+Nacional+de+Fortalecimento+do+Sistema+%3F%3Fnico+de+Saude&utm\\_campaign=NK+Consultores&utm\\_source=e-goi&utm\\_medium=email](https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141428?utm_term=Apresentado+projeto+que+cria+a+Politica+Nacional+de+Fortalecimento+do+Sistema+%3F%3Fnico+de+Saude&utm_campaign=NK+Consultores&utm_source=e-goi&utm_medium=email). Acesso 20 Mai 2022.

**Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno** Proposta de articulação e integração e ações e incentivo ao aleitamento materno, no sentido de potencializar seu impacto, adotando como estratégia a linha de cuidado; alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS, no contexto de consolidação das Redes de Atenção à Saúde e indução de ações intersetoriais, a fim de garantir o direito das crianças, suas mães e famílias à amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e continuado até os 2 anos ou mais. Atualmente encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados como Projeto de Lei PL 4768/2019.

Fonte: BRASIL. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases\\_discussao\\_politica\\_aleitamento\\_materno.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf). Acesso 28 Abr 2022.

**Qualidade de vida** Objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde, a promoção e melhoria da qualidade de vida devem ser produzidas a partir de ações intersetoriais, troca e construção coletiva de saberes, linguagens e práticas na saúde. É definida pela OMS como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores

nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Envolve o bem estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação saneamento básico e outras circunstâncias da vida.

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde. Dicas em Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/260\\_qualidade\\_de\\_vida.html#:~:text=BVS%20%2D%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20%2D%20Dicas%20em%20Sa%C3%BAde&text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,expectativas%2C%20padr%C3%B5es%20e%20preocupa%C3%A7%C3%B5esE2%80%9D](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html#:~:text=BVS%20%2D%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20%2D%20Dicas%20em%20Sa%C3%BAde&text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,expectativas%2C%20padr%C3%B5es%20e%20preocupa%C3%A7%C3%B5esE2%80%9D). Acesso 23 Mai 2022.

**Reavaliação de agrotóxicos** Reavaliação agronômica, toxicológica ou ambiental dos agrotóxicos, seus componentes (ingredientes ativos) e afins com suspeitas de alterações do riscos à saúde humana podem ser reavaliados a qualquer tempo, a partir de critérios para seleção e priorização dos agentes ativos de agrotóxicos que devem ser submetidos à reavaliação de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 221/2018 (evidências de enquadramento do agrotóxico nos critérios proibitivos de registro; evidências de riscos à saúde como extrapolação de parâmetros de referência dietéticos e ocupacionais; relevância da exposição ao agrotóxico para humanos, avaliada por meio de dados de comercialização, de intoxicações humanas, de monitoramento de resíduos do agrotóxico em água, alimentos e em amostras biológicas; dentre outros); por iniciativa da própria ANVISA ou quando for apresentada à Agência fundamentação técnico-científica devidamente embasada que indique possível enquadramento do ingrediente ativo de agrotóxicos nos critérios proibitivos de registro ou em outros com potencial risco à saúde humana. A partir da reavaliação, pode-se concluir pela manutenção do registro do ingrediente ativo sem alterações ou com adoção de medidas de mitigação de riscos à saúde; pela suspensão ou proibição do ingrediente ativo do agrotóxico, seus produtos técnicos e formulados.

Fonte: Agência Sanitária de Vigilância Sanitária. Reavaliação de agrotóxicos. 2021. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/perguntasfrequentes/agrotoxicos/reavaliacao-de-agrotoxicos>. Acesso 16 Mai 2022.

**Reforma tributária** Alteração instrumental nos arranjos de tributação relacionados ao princípio do destino, base de cálculo dos impostos, alíquotas, bem como aspectos relacionados à fiscalização e à arrecadação.

Fonte: Silveira, Fernando Gaiger, Passos, Luana e Guedes, Dyeggo Rocha Reforma tributária no Brasil: por onde começar?. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, pp. 212-225. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S316>. Acesso 16 Mai 2022.

**Universalidade** Um dos princípios finalísticos do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade pode ser entendida como um ideal a ser alcançado, qual seja, o de que todos os cidadãos brasileiros possam usufruir do seu direito à saúde, aí incluído o acesso às ações e serviços necessários para sua promoção, proteção e recuperação.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). Glossário de análise política em Saúde. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 23-25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 16 Mai 2022.

**Uso racional de medicamentos** Pacientes recebem medicamentos para suas condições clínicas em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.

BRASIL. SUS de A a Z. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z>. Acesso 23 Abr 2022.

## 5. Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)

TG: **Financiamento**

TR:

TE: Geração, alocação e uso de recursos financeiros; Transferência de recursos financeiros

BRASIL. Tesouro Eletrônico do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&x=1&s=&n=50&t=&l=60&y=0&w>. Acesso 18 Abr 2022.

**Ação orçamentária** Instrumento que contribui para atender ao objetivo de um **programa**, podendo ser projeto, atividade ou operação especial.

Fonte: CONGRESSO NACIONAL. Glossário de Termos Orçamentários. Disponível em [https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/acao\\_orcamentaria](https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/acao_orcamentaria). Acesso 27 Abr 2022.

**Atendimento à população com medicamentos para tratamento dos portadores de HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais** **Ação orçamentária** que garante a aquisição de medicamentos para as pessoas que vivem com HIV/Aids.

Fonte: Portal da transparência. Disponível em <https://www.portaltransparencia.gov.br/programas-e-acoas/acao/4370-atendimento-a-populacao-com-medicamentos-para-tratamento-dos-portadores-de-hiv-aids-eoutras-doencas-sexualmente-transmissiveis?ano=2020>. Acesso 27 Abr 2022.

**Bloco de Estruturação do Fundo Nacional de Saúde** Blocos de Financiamento (Portaria nº 828/2020) dos repasses financeiros do Ministério da Saúde à estados e municípios fundo a fundo, com recursos aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem e serão destinados exclusivamente para **Aquisição de equipamentos voltados para realização de ações e serviços públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.**

Fonte: Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde FNS. Sobre o FNS. Disponível em <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>. Acesso 16 Mai 2022.

**Bloco de Manutenção do Fundo Nacional de Saúde** Blocos de Financiamento (Portaria nº 828/2020) dos repasses financeiros do Ministério da Saúde à estados e municípios fundo a fundo, com recursos destinados à **manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde**, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas, instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros.

Fonte: Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde FNS. Sobre o FNS. Disponível em <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>. Acesso 16 Mai 2022.

**Desperdício de recursos públicos da saúde** (1) **Desperdício ativo** (corrupção) e (2) **Desperdício passivo** (ineficiência da gestão pública dos recursos disponíveis).

Fonte: Dias, Lidiane Nazaré da Silva et al. Fatores associados ao desperdício de recursos da saúde repassados pela união aos municípios auditados pela Controladoria Geral da União. Revista Contabilidade & Finanças [online]. 2013, v. 24, n. 63, pp. 206-218. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1519-70772013000300004>. Acesso 01 Jun 2022.

**Despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS)** São consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a: I – vigilância em saúde, incluindo epidemiológica e sanitária; II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação e deficiências nutricionais; III – capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); IV – Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desse que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente de federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar; VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças; IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividades nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais; XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Fonte: BRASIL. Lei Complementar n.º 141, de 13/01/2012, que regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso 22 Abr 2022.

**Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) 2** Recursos voltados à promoção, à proteção e à recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes: ser destinados às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; estar em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e ser de responsabilidade específica do setor da saúde, não incluindo despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Fonte: CONGRESSO NACIONAL. Glossário de Termos Orçamentários. Disponível em [https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/acao\\_orcamentaria](https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/acao_orcamentaria). Acesso 27 Abr 2022.

**Despesa Corrente** Gastos de manutenção e funcionamento dos serviços públicos em geral que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. São

exemplos: vencimentos e encargos com pessoal, juros da dívida, compra de matérias-primas e bens de consumo, serviços de terceiros, manutenção de equipamentos, subvenções a entidades (para gastos de custeio) e transferência a entes públicos (para gastos de custeio).

Fonte: CONGRESSO NACIONAL. Glossário de Termos Orçamentários. Disponível em [https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/acao\\_orcamentaria](https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/acao_orcamentaria). Acesso 19 Mai 2022.

**Despesas de capital** Gastos para a produção ou geração de novos bens ou serviços que integrarão o patrimônio público, ou seja, que contribuem diretamente para a formação ou aquisição de um bem de capital. São exemplos: execução de obras e compra de instalações, equipamentos e títulos representativos do capital de empresas ou de entidades de qualquer natureza.

Fonte: CONGRESSO NACIONAL. Glossário de Termos Orçamentários. Disponível em [https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/acao\\_orcamentaria](https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/acao_orcamentaria). Acesso 19 Mai 2022.

**Despesas de custeio** Gastos com manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive os destinados a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis.

Fonte: CONGRESSO NACIONAL. Glossário de Termos Orçamentários. Disponível em [https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/acao\\_orcamentaria](https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/acao_orcamentaria). Acesso 19 Mai 2022.

**Economia da Saúde** Disciplina que integra as teorias econômicas, sociais, clínicas e epidemiológicas a fim de estudar os mecanismos e os fatores que determinam e condicionam a produção, a distribuição, o consumo e o financiamento dos bens e dos serviços de saúde.

Fonte: BRASIL. Glossário temático: economia da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06\\_1236\\_M.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1236_M.pdf). Acesso 01 Jun 2022.

**Emendas ao Orçamento** Emendas feitas ao Orçamento Geral da União, são propostas por meio das quais os parlamentares podem opinar ou influir na alocação de recursos públicos em função de compromissos políticos que assumiram durante seu mandato, tanto junto aos estados e municípios quanto a instituições. Tais emendas podem acrescentar, suprimir ou modificar determinados itens (rubricas) do projeto de lei orçamentária enviado pelo Executivo. Podem ser: (i) **emenda individual** (autoria de cada senador ou deputado); (ii) **emenda de bancada ou coletivas** (autoria das bancadas estaduais ou regionais); (iii) **emenda de comissão ou coletivas** (autoria das comissões técnicas da Câmara e do Senado e/ou das Mesas Diretoras das duas Casas); e (iv) **emenda da relatoria** (de autoria do deputado ou senador que, naquele determinado ano, foi escolhido para produzir o parecer final sobre o Orçamento ou relatório geral e/ou dos relatores setoriais, destacados para dar parecer sobre assuntos específicos divididos em dez áreas temáticas do orçamento).

Fonte: Senado. Emendas ao Orçamento. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/emendas-ao-orcamento>. Acesso 31 Mai 2022.

**Emendas Parlamentares** Instrumento que permite aos deputados e senadores realizarem alterações no orçamento anual. As emendas individuais impositivas apresentadas ao projeto de lei orçamentária anual (PLOA) poderão alocar recursos a órgãos ou entidades da administração pública direta ou indireta da União, dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, consórcio

público, organização da sociedade civil ou serviço social autônomo. As emendas são chamadas impositivas porque a União é obrigada a executá-las quando aprovadas.

Fonte: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Emendas Parlamentares. 2021. Disponível em <https://www.gov.br/cnpq/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/parcerias/nacionais-1/emendas-parlamentares#:~:text=O%20que%20%C3%A9%3F,realizarem%20altera%C3%A7%C3%B5es%20no%20or%C3%A7amento%20anual>. Acesso 25 Mai 2022.

**Estratégia Compensação de Especificidades Regionais (CER)** Instituído pela Portaria MS/GM n 1408/2013, o incentivo financeiro vinculado ao **Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo** para sanar diferenças presentes nos territórios e/ou condições de garantia do acesso à saúde. **Bloco de Manutenção** possivelmente...

**Financiamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)** O financiamento das IST's são repassados Fundo a Fundo no Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), no **Bloco de Manutenção** das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio), Grupo de Vigilância em Saúde, na forma de incentivos específicos: (i) Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; (ii) Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde; e (iii) Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a execução de ações de Vigilância Sanitária.

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/incentivo-de-custeio-acoes-de-vigilancia-prevencao-e-controle-das-ist-aids-e-hv>. Acesso 01 Jun 2022.

**Financiamento do SUS** A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o SUS, gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente e superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS. Os percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios de cada ente da federação são definidos pela Constituição Federal e legislação vigentes.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 24, 25. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Financiamento estável e sustentável do SUS** Desde a implantação e implementação do SUS se busca garantir diversas fontes de receita para maior segurança ao financiamento da política social de saúde, afastando o risco de dependência de uma única fonte. Na Constituição de 1988, estruturou-se o Orçamento da Seguridade Social garantindo cota-parte de 30% para o financiamento do SUS. No entanto ao longo da década de 90, instabilidade no repasse dos 30% fez com que se travasse uma discussão no parlamento que resultou na Emenda Constitucional (EC) n.º 29/2000, que estabeleceu percentuais mínimos da receita própria para financiamento do SUS para União (repasso do ano anterior + variação nominal do PIB), Estados (12%) e Municípios (15%). Em 2015, a EC n.º 86 garantiu o percentual da União em 15% da Receita Corrente Líquida do exercício anterior, e em 2016, a EC n.º 95/2016 alterou a EC n.º 86/2015

para o valor aplicado no ano anterior corrigido pelo IPCA. A Constituição consolidou o conceito de seguridade social com direitos iguais para todos e respeito à dignidade da pessoa humana e o cumprimento desta determinação constitucional demanda recursos financeiros, que devem ser garantidos de forma estável para permitir a previsão das despesas e sustentável de forma suficiente e com menor desperdício possível.

Fonte: BRASIL. Financiamento público de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento\\_publico\\_saude\\_eixo\\_1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf). Acesso 01 Jun 2022.

**Financiamento público em saúde**, *masc.* Financiamento realizado pelas três esferas de governo, com recursos de impostos e contribuições, destinados a ações e serviços públicos em saúde.

Fonte: BRASIL. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_economia\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_economia_saude.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Financiamento da Assistência à Saúde** [termo alternativo Financiamento da Saúde] 1) Métodos de geração, alocação e uso de recursos financeiros em sistemas de atenção à saúde. 2) Mecanismos relacionados à transferência de recursos financeiros a atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde.

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org/DeCS). Acesso em 11 Abr 2022.

**Financiamento dos Sistemas de Saúde** Processo de arrecadação de recursos monetários destinados à execução de um gasto, ou à realização de um investimento, ou à obtenção de um objetivo específico.

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org/DeCS). Acesso em 11 Abr 2022.

**Financiamento Tripartite do SUS** A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Fonte: FIOCRUZ. **Pense SUS. Financiamento**. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>. Acesso 25 Mai 2022.

**Fundo Estadual de Saúde (FES)** É o correspondente ao Fundo Nacional de Saúde nos estados. Da mesma forma, é um instrumento de gestão juntamente com o Conselho de Saúde, plano de saúde e relatório de gestão. Sob responsabilidade imediata do Secretário Estadual de Saúde, pode ser gerido por uma diretoria executiva, ou similar, que tem por finalidade administrar os recursos alocados no FES, bem como executar as atividades de administração financeira e de contabilidade, de planejamento, programação, orçamento, acompanhamento e avaliação de estudos e análises, em estreita articulação com os sistemas financeiros e de contabilidade do estado e estadual de planejamento.

Fonte: CONASS. **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS**. 2016. Disponível em <https://www.conass.org.br/guiainformacao/fundo-estadual-de-saude/>. Acesso 25 Mai 2022.

**Fundo Municipal de Saúde (FMS)** Instituído pela Lei n.º 8142/1990, condiciona o recebimento de recursos federais pela existência do Fundo Municipal de Saúde, que possibilita transparência e controle das fontes de receita, seus valores e data de ingresso; as despesas realizadas; e os rendimentos das aplicações financeiras, facilitando o controle social e permite a autonomia na aplicação dos recursos, com a garantia de sua aplicação exclusivamente na saúde.

Fonte: BRASIL. Fundo municipal de saúde. Guia de referência para a sua criação e organização. Brasília: Ministério da Saúde.

**Fundo Nacional de Saúde (FNS)** Instituído pelo Decreto Nº 64.867/1969, é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde bem como dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como missão contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde, busca cotidianamente criar mecanismos para disponibilizar informações para toda a sociedade relativas ao custeio, os investimentos e financiamentos no âmbito do SUS. Os recursos do Ministério da Saúde repassados aos estados, municípios e ao Distrito Federal são organizados nos seguintes Blocos de Financiamento (Portaria nº 828/2020): (1) Bloco de Manutenção e (2) Bloco de Estruturação. Fonte: Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde FNS. Sobre o FNS. Disponível em <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>. Acesso 16 Mai 2022.

**Grupos de Natureza das Despesas do Orçamento Público** Classificação da despesa agregando elementos de despesa com as mesmas características quanto ao objeto de gasto, conforme discriminado a seguir: (1) Pessoal e Encargos Sociais; (2) Juros e Encargos da Dívida; (3) Outras Despesas correntes; (4) Investimentos; (5) Inversões Financeiras; (6) Amortização / refinanciamento da dívida; (9) Reserva de contingência.

Fonte: Glossário. Orçamento. Grupo de Natureza da Despesa. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/orcamento/glossario/grupo-de-natureza-da-despesa>. Acesso 12 Mai 2022.

**Incentivos financeiros para ações de vigilância sanitária** A União, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, disponibiliza recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para subsidiar a execução das ações de vigilância sanitária no âmbito de seus territórios. Os recursos são divididos em dois blocos: um referente ao piso fixo (PF-Visa) e outro ao piso variável (PV-Visa).

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Financiamento. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/snvs/financiamento>. Acesso 25 Mai 2022.

**Modalidades de transferência de recurso** (1) **Termo de Execução Descentralizada** (definido no Decreto nº 10.426/2020, como instrumento por meio do qual a descentralização de créditos entre órgãos e entidades integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União é ajustada, com vistas à execução de programas, de projetos e de atividades, nos termos estabelecidos no plano de trabalho e observada a classificação funcional programática); (2) **Contrato de Repasse** (definido no Decreto 6.170/2007, como instrumento administrativo por meio do qual a transferência de recursos financeiros se processa por intermédio de instituição ou agente financeiro público federal, atuando como mandatário da União. Firma-se Termo de Cooperação com a instituição ou agência financeira oficial federal escolhida e efetua-se a transferência de recursos pelo Contrato de repasses com os direitos e obrigações das partes); (3) **Fundo a Fundo** (caracterizam-se pelo repasse por meio da descentralização de recursos diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito

Federal. A partir da Portaria 3.992/17, a transferência fundo a fundo passou a ser organizada e transferida por meio dos blocos: a. **Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde**; e b. **Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde**; e (4) **Convênio** (definida pela Portaria Interministerial 424/2016, como instrumento que disciplina a transferência de recursos financeiros de órgãos ou entidades da Administração Pública Federal, direta ou indireta, para **órgãos ou entidades da Administração Pública Estadual, Distrital ou Municipal, direta ou indireta, consórcios públicos, ou ainda, entidades privadas sem fins lucrativos**, visando à execução de projeto ou atividade de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação).  
 Fonte: Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Modalidades de Transferências. Disponível em <https://portalfns-antigo.saude.gov.br/modalidades-de-transferencias>. Acesso 01 Jun 2022.

**Núcleo de Economia da Saúde (NES)** Pontos focais de disseminação das ações de Economia da Saúde nos estados e em municípios de grande porte, com vistas a subsidiar os gestores locais no processo de tomada de decisão pela aplicação do conhecimento e das ferramentas de Economia da Saúde. Possui 5 linhas de atuação: (1) elaboração de **estudos econômicos**, especialmente com vistas a promover a avaliação de tecnologias; (2) implementação do **Programa Nacional de Gestão de Custos**; (3) apoio ao estado e aos municípios na declaração de dados ao **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**; (4) apoio à alimentação do **Banco de Preços em saúde** pela Secretaria de Saúde e na utilização das referências do **Catálogo de Materiais (Catmat)** para promover economicidade em compras de insumos e equipamentos para a saúde; e (5) apoio às instâncias de gestão do SUS na **elaboração e avaliação da execução dos orçamentos da Saúde**.

Fonte: BRASIL. Núcleos de Economia da Saúde: orientações para implantação. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_economia\\_saude\\_v1\\_nucleos\\_implantacao.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_economia_saude_v1_nucleos_implantacao.pdf). Acesso 17 Mai 2022.

**Padrão de gastos em saúde** Informações financeiras sobre quantidade e qualidade de gastos em determinado território e período de tempo, sobre: (i) Gasto total *per capita* (Gasto público e privado com consumo final de bens e serviços de saúde); (ii) **Gasto total em saúde em % do PIB** (Soma das despesas públicas e privadas de saúde); (iii) **Gasto público em saúde em % do PIB** (Percentual do Produto Interno Bruto [PIB] nacional que corresponde ao gasto público federal com saúde, no ano considerado); (iv) **Gasto público em saúde em % do gasto total em saúde** (Percentual do gasto público que corresponde às despesas com saúde, no ano considerado); (v) **Gasto público em saúde em relação ao gasto público total** (Este indicador é medido como parcela do gasto total em saúde e em USD\* per capita); (vi) **Gasto privado em saúde em % do PIB** (Gastos privados com saúde tais como gastos diretos das famílias, seguros privados, doações de caridade e pagamentos diretos de serviços por empresas privadas); (vii) **Desembolso direto (Out-of-pocket) em % do gasto total com saúde** (Desembolsos são quaisquer gastos diretos das famílias, incluindo gratificações e pagamentos em espécie, para profissionais de saúde e fornecedores de produtos farmacêuticos, aparelhos terapêuticos e outros bens e serviços cuja intenção principal é contribuir para a restauração ou melhoria do estado de saúde. Faz parte do gasto privado em saúde); e (viii) **Desembolso direto (Out-of-pocket) em % do gasto privado em saúde** (Refere-se ao pagamento direto ou desembolso direto em proporção do gasto privado em saúde).

Fonte: FIGUEIREDO, Juliana Oliveira et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 37-47, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hbzwsvZnS7PbVJsXsfWJSfB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 30 Mai 2022.

**Piso da Atenção Básica PAB Fixo** Prevê a remuneração *per capita* das ações estratégicas mínimas de atenção básica previstas no Anexo 1 da NOAS – SUS, em todo o território nacional. Contemplam, além das ações previstas na Norma Operacional Básica – NOB, responsabilidades e atividades de: controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão; controle do diabetes melitus; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança; e ações de saúde da mulher.

**Piso da Atenção Básica PAB Variável** Remunera direta e automaticamente, estados e municípios habilitados à execução de ações previstas em programas e incentivos do Ministério da Saúde, de acordo com regulamentação específica. Contemplam: ações Básicas de Vigilância Sanitária; Assistência Farmacêutica Básica; Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS; e Programa de Saúde da Família – PSF.

**Projetos de coleta e reciclagem de material** Contempla intervenções que visam contribuir para aumentar postos de trabalho e capacidade de beneficiamento os resíduos passíveis de reciclagem, bem como melhorar as condições de trabalho e renda dos catadores. Contribui para o aumento da vida útil dos aterros sanitários e para a diminuição a demanda por recursos naturais, na medida em que abastece as indústrias recicladoras para reinserção dos resíduos em suas ou em outras cadeias produtivas, em substituição ao uso de matérias-primas virgem. Público são: (i) as cooperativas (organização da sociedade civil) voltadas diretamente às atividades de coleta e processamento de material reciclável, para aquisição e instalação de equipamentos para operacionalização das unidades de triagem, obras de adequação física necessárias à instalação dos equipamentos a serem adquiridos no instrumento e aquisição e caminhões e outros veículos a serem utilizados nas atividades de coleta e transporte de materiais recicláveis; e (ii) prefeituras para construção e ampliação de unidades de recuperação de recicláveis, aquisição de equipamentos para operacionalização da unidade de recuperação de recicláveis e aquisição e veículos para coleta e transporte de materiais recicláveis.

Fonte: FUNASA. Apoio a Projetos de Coleta e Reciclagem de Materiais. 2022. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/apoio-a-projetos-de-coleta-e-reciclagem-de-materiais>. Acesso 03 Mai 2022.

**Prótese** Objeto que substitui um segmento de membro amputado ou, total ou parcialmente, uma articulação.

Fonte: BRASIL. **Glossário temático: traumatologia e ortopedia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_traumatologia\\_2ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_traumatologia_2ed.pdf). Acesso 26 Abr 2022.

**Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP)** É uma ferramenta de gestão que permite o acompanhamento sistemático das alterações realizadas a cada competência (mês/ano), detalhando atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos. É organizada por Grupos → Subgrupos → Forma de Organização → Procedimentos. Oferece a caracterização, classificação e custos dos procedimentos do SUS, conhecido como “Tabela SUS”.

Fonte: Ministério da Saúde. Wikisaude. SIGTAP. Disponível em [https://wiki.saude.gov.br/sigtap/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/sigtap/index.php/P%C3%A1gina_principal). Acesso 10 Mai 2022.

**Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)** Sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério

da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização e disponibilização de informações referentes às **receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde**. Possibilita o acompanhamento e monitoramento da **aplicação de recursos públicos em saúde**, por localidade, ano e fase da despesa.

Fonte: Ministério da Saúde. Acesso à Informação. SIOPS. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops#:~:text=O%20SIOPS%20%C3%A9%20o%20sistema,sa%C3%BAde%20dos%20or%C3%A7amentos%20p%C3%ABlicos%20em>>. Acesso 10 Mai 2022.

**Transferência fundo a fundo** Repasse de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde, conforme os seguintes critérios: a) as condições de gestão; e b) a qualificação e a certificação aos programas e aos incentivos do Ministério da Saúde e aos respectivos tetos financeiros. Nota: os recursos repassados financiam **as ações e os serviços de saúde da atenção básica e da assistência de média e alta complexidade**.

Fonte: BRASIL. Glossário temático: economia da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/06\\_1236\\_M.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/06_1236_M.pdf). Acesso 25 Mai 2022.

## 6. Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

TG: [Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#)

TR: Organização dos serviços de saúde

TE: Instrumentos técnicos e metodológicos; Planejamento; Avaliação das estratégias adotadas; Auditoria; Condições de Gestão; Contratos; Diretrizes do SUS; Gestão para Resultados; Instrumentos de gestão em saúde; Órgãos do Sistema de Saúde

BRASIL. Tesouro Eletrônico do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsm2.sau.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&x=1&s=&n=50&t=&l=60&y=0&w>. Acesso 18 Abr 2022.

**Administração de Serviços de Saúde** [termo alternativo Gestão dos Serviços de Saúde] Organização dos serviços de Saúde com vistas à manutenção e melhoria da qualidade da atenção prestada utilizando instrumentos técnicos e metodológicos como o planejamento e a avaliação das estratégias adotadas.

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvshalud.org\)](#). Acesso em 11 Abr 2022.

**Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil** **Diretrizes** (1) Saúde, meio ambiente, crescimento econômico e desenvolvimento social; (2) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade; (3) Investimentos para superar a insuficiência e a ineficiência; (4) Institucionalização e gestão do sistema de serviços de saúde; e (5) Complexo econômico e industrial da saúde.

Fonte: BRASIL. Agenda estratégica para a saúde no Brasil. Disponível em [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_661844007.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_661844007.pdf). Acesso 26 Abr 2022.

**Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS)** Documento técnico-político criado com o objetivo de alinhar as prioridades atuais de saúde com atividades de pesquisa científica, tecnológica e inovação e nortear as ações de fomento financeiro à essas pesquisas, que respeite as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumenta a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias

para o desenvolvimento das políticas públicas. **Eixos de pesquisas prioritizadas:** (1) Ambiente, trabalho e saúde; (2) Assistência farmacêutica; (3) Avaliação pós-incorporação; (4) Desenvolvimento de tecnologias e inovação em saúde; (5) Doenças crônicas não-transmissíveis; (6) Doenças transmissíveis; (7) Economia e gestão em saúde; (8) Gestão do trabalho e educação em saúde; (9) Programas e políticas em saúde; (10) Saúde da mulher; (12) Saúde da população negra e das comunidades tradicionais; (12) Saúde do idoso; (13) Saúde indígena; e (14) Saúde materno-infantil.

Fonte: BRASIL. Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf). Acesso 13 Mai 2022.

**Apoio a Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico** Iniciativa que tem por objetivo apoiar tecnicamente os entes federados, municípios e prestadores de serviços públicos de saneamento básico, na construção e/ou aprimoramento de um sistema de gestão eficiente e eficaz, com foco na prevenção e no controle das doenças e outros agravos, na universalização e sustentabilidade dos serviços, de forma a contribuir para a promoção da saúde humana e ambiental. É atividade estruturante que tem como finalidade o fortalecimento das estruturas e da gestão dos serviços de saneamento, por meio de mecanismos e estratégias, tais como: **apoio técnico e financeiro, intercâmbio, estudos, pesquisas, produção conjunta do conhecimento e transferência de tecnologias**, incluindo a adequada gestão de recursos humanos e seu aperfeiçoamento, por meio da capacitação. Este Programa propõe uma atuação articulada com as esferas de governo federal, estadual, distrital e municipal; e entidades governamentais e não governamentais atuantes no setor, com a participação e controle social, levando-se em consideração as competências institucionais da Funasa e sua vinculação com o SUS.

Fonte: Fundação Nacional de Saúde. Apoio a Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/apoio-a-gestao-dos-sistemas-de-saneamento-basico>. Acesso 24 Mai 2022.

**Apoio Institucional** Apoio na implementação, monitoramento e avaliação das políticas, programas e ações de saúde. Tem como objetivos: **acompanhar e contribuir no processo de regionalização, com ênfase no planejamento ascendente e na gestão compartilhada; articular as agendas estratégicas do SUS com as singularidades dos contextos locais, contribuindo para a implementação das políticas pactuadas de forma tripartite; colaborar com a organização da rede regionalizada de saúde e a melhoria da qualidade da atenção; contribuir para a qualificação do processo de elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS; estimular a implementação das políticas públicas governamentais de saúde de forma horizontal, superando a fragmentação das ações na gestão e na atenção à saúde; e contribuir para qualificação dos processos de informação e comunicação em saúde.**

Fonte: Ministério da Saúde. Apoio Institucional do Ministério da Saúde. 2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/apoio-institucional-do-ministerio-da-saude>. Acesso 24 Mai 2022.

**Articulação da Gestão do SUS local com a Atenção Básica Indígena** A importância da referida **articulação da “medicina tradicional” e do “sistema médico oficial”** dá-se pelos registros de presença de estruturas de saúde precárias, insumos e equipamentos escassos, alta rotatividade de profissionais e complexidade logística para prestação de serviços dentro dos territórios indígenas. Por esses motivos e outros, a APS acaba sendo preterida em relação à atenção de urgência e emergência, que não necessariamente utiliza o sistema tradicional indígena para incorporar as especificidades culturais no cuidado à saúde dos povos indígenas.

Fonte: Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e184. Disponível em <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>. Acesso 24 Mai 2022.

**Articulação entre os níveis de atenção** A regionalização e a hierarquização dos serviços buscam impedir a sobreposição de serviços, almejando a articulação entre os 3 níveis de complexidade do sistema: **atenção básica** (primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde no qual será coordenado e acompanhado a integralidade e a continuidade do cuidado), **média e alta complexidade** (conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, com profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico).

Fonte: AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. Revista de administração pública, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rap/a/BXV64cq8TD6SKR9gRrn9vdP/?lang=pt>. Acesso 24 Mai 2022.

**Articulação Interfederativa** Fortalecimento da capacidade de gestão e da articulação entre os gestores do SUS nas três esferas da Federação, por meio de **instrumentos e mecanismos efetivos de governança**, na perspectiva da garantia do pleno usufruto do direito à saúde a toda a população.

Fonte: Ministério da Saúde. Gestão do SUS. Articulação Interfederativa. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa>. Acesso 24 Mai 2022.

**Atuação internacional do Ministério da Saúde** (i) **projetar internacionalmente os interesses** do Ministério da Saúde e do Estado brasileiro sobre saúde; fortalecer nacional e internacionalmente os **princípios constitucionais do SUS**; (ii) atuação do Ministério em nível multilateral, em foros internacionais, em **mecanismos de integração regional e de fronteira, bem como nas áreas de relacionamento bilateral com outros países e nas ações internacionais de cooperação técnica e humanitária em saúde**; (iii) fortalecer a dimensão pública da política externa brasileira; (iv) coordenar a participação do Ministério da Saúde em mais de **vinte organizações e mecanismos internacionais, além de acompanhar e monitorar mais de trinta tratados e acordos multilaterais** que versam sobre temas com impacto direto ou indireto na área de saúde; (v) acompanhar os **projetos desenvolvidos** pelo Ministério da Saúde, **em parceria com outros países e organizações internacionais**, em áreas diversas; (vi) realizar e acompanhar projetos de cooperação internacional para consagração de boas práticas nacionais como referências mundiais no domínio da saúde, intercâmbio de experiências e aprimoramento das políticas nacionais de saúde; (vii) articulação com o Ministério das Relações Exteriores para atendimento a demandas internacionais de doações de vacinas, medicamentos e insumos de **saúde voltadas ao atendimento a situações de necessidade emergencial**, tanto em outros países quanto no Brasil; entre outros.

Fonte: BRASIL. Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_politica\\_externa\\_20\\_anos\\_aisa.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_politica_externa_20_anos_aisa.pdf). Acesso 25 Mai 2022.

**Auditoria no Sistema Único de Saúde** Atividade que visa verificar, por meio do exame sistemático, aprofundado e independente, a conformidade dos atos de gestão, bem como avaliar estrutura, processos aplicados e resultados alcançados, para aferir sua **adequação aos critérios e aos parâmetros** exigidos de eficiência, eficácia e efetividade.

Fonte: BRASIL. Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios\\_diretrizes\\_regras\\_auditoria\\_sus.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf). Acesso 24 Mai 2022.

**Avaliação da Gestão do SUS** Componente do processo de planejamento, como atividade capaz de subsidiar as tomadas de decisões e como elemento auxiliar nas iniciativas voltadas para a mudança do modelo assistencial; técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o **mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa**; aplicar um **juízo de valor a uma intervenção** através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de juízo diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um juízo capaz de ser traduzido em ação.

Fonte: CARVALHO, André Luis Bonifácio de et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>. Acesso 24 Mai 2022.

**Calendário Nacional de Vacinação** Os calendários determinam as **vacinas, o número de doses, a idade e o período** em que devem ser tomadas para garantir uma proteção efetiva. É composto pelo Calendário Vacinal, Calendário de Vacinação da Criança, Calendário de Vacinação do Adolescente, Calendário de Vacinação de Gestantes, e Calendário de Vacinação de Adultos e Idosos.

Fonte: Fiocruz. Calendário de Vacinação. 2022. Disponível em <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/sua-saude/calendario-de-vacinacao-br>. Acesso 28 Abr 2022.

**Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas** Instituído pela Portaria MS/GM n.º 1.498, de 19/07/2013, reconhece as **especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas** e as diferentes situações de risco as que estão expostos estes povos.

Fonte: OPAS Brasil. Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas. Disponível em [https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1388:calendario-nacional-de-vacinacao-dos-povos-indigenas&Itemid=499](https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1388:calendario-nacional-de-vacinacao-dos-povos-indigenas&Itemid=499). Acesso 29 Abr 2022.

**Carta SUS** Pesquisa de avaliação (cartão-resposta) em que são feitas breves perguntas sobre o atendimento que o cidadão realizou pelo Sistema Único de Saúde. Através dessa pesquisa pode-se identificar a qualidade dos profissionais e prestadores dos serviços públicos de saúde sob a ótica do cidadão que utiliza esses serviços. A carta também possui dados do atendimento que o cidadão realizou, incluindo o valor que o Ministério da Saúde pagou por esse atendimento.

Fonte: Ministério da Saúde. Carta SUS. Disponível em <https://www.gov.br/cgu/pt-br/governo-aberto/a-ogp/planos-de-acao/2o-plano-de-acao-brasileiro/ministerio-da-saude/carta-sus>. Acesso 18 Jul 2022.

**Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** Espaços estaduais de **articulação e pactuação política** que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e dos secretários municipais de Saúde indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais

de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB.

Fonte: Plataforma RENAST online. Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite - CIB, CIT. Disponível em <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>. Acesso 25 Mai 2022.

**Comissão Intergestores Regional (CIR)** **Instância de cogestão** no espaço regional com o objetivo de constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o estado para constituição de rede regionalizada, pactuando de forma consensual a definição das regras da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde - SUS, composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e de todos os secretários municipais de saúde da região. Cabe às CIR a pactuação, organização e o funcionamento em nível regional das ações e serviços de saúde integrados na rede de atenção à saúde – RAS.

Fonte: Governo do Estado de Tocantins. Secretaria de Saúde. CIR Comissão Intergestores Regional. Disponível em <https://www.to.gov.br/saude/cir-comissao-intergestores-regional/3k9ibi8jojif#:~:text=A%20Comiss%C3%A3o%20Intergestores%20Regional%20%2D%20CIR,defini%C3%A7%C3%A3o%20das%20regras%20da%20gest%C3%A3o>. Acesso 25 Mai 2022.

**Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** **Instância de articulação e pactuação na esfera federal** que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco 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. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS.

Fonte: Plataforma RENAST online. Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite - CIB, CIT. Disponível em <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/comissoes-intergestores-bipartite-tripartite-cib-cit>. Acesso 25 Mai 2022.

**Consórcio público** Pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei no 11.107, de 2005, para estabelecer relações de **cooperação federativa**, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos. Através do contrato de rateio, os entes consorciados comprometem-se a fornecer recursos financeiros para a realização das despesas do consórcio público, podendo desenvolver ações e serviços de saúde, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS.

Fonte: BRASIL. Decreto n.º 6017, de 17/01/2007. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm). Acesso 01 Jun 2022.

**Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde** Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de **organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada**, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados,

forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

Fonte: BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28/06/2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso 18 Abr 2022.

**Controle e Avaliação no SUS** Processos inerentes à função de gestão, voltados para os aspectos quantitativos, qualitativos, físicos e financeiros das políticas de saúde. No que se refere às ações e serviços de Média e Alta Complexidade, são objetos de controle e avaliação pelo Ministério da Saúde, as **políticas de financiamento, de concessão de incentivos, de habilitação e qualificação de serviços e regulação**, utilizando, para tanto, os dados disponíveis nos Sistemas de Informação do SUS.

Fonte: Ministério da Saúde. Controle e Avaliação. 2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/controle-e-avaliacao>. Acesso 24 Mai 2022.

**Distribuição dos Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica** (1) Cabe ao Ministério da Saúde: financiamento dos medicamentos do Grupo 1A e 1B do CEAF; **aquisição** centralizada e **distribuição** às secretarias estaduais dos medicamentos do Grupo 1A do CEAF; financiamento tripartite dos medicamentos do Grupo 3 do CEAF; elaboração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). (2) Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde: recebimento, armazenamento e distribuição às Regionais de Saúde e aos municípios dos medicamentos do Grupo 1A do CEAF; aquisição com recurso federal, recebimento, armazenamento e distribuição às Regionais de Saúde e aos municípios dos medicamentos do Grupo 1B do CEAF; financiamento, aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição às Regionais de Saúde e aos municípios dos medicamentos do Grupo 2 do CEAF; financiamento tripartite dos medicamentos do Grupo 3 do CEAF; acolhimento, avaliação e autorização dos processos de solicitação de medicamentos e dispensação aos usuários. (3) Cabe às Secretarias Municipais da Saúde: financiamento tripartite dos medicamentos do Grupo 3 do CEAF; aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do Grupo 3 do CEAF; e dispensação dos medicamentos dos Grupos 1A, 1B e 2 do CEAF de acordo com a pactuação no Estado.

Fonte: Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Saúde. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Disponível em <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Componente-Especializado-da-Assistencia-Farmacaceutica#:~:text=O%20acesso%20aos%20medicamentos%20do,da%20maioria%20das%20farm%C3%A1cias%20municipais>. Acesso 25 Mai 2022.

**Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)** **Unidade gestora descentralizada o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)**. Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas que se fundamentam em medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, e promove a reordenação da rede de saúde e as práticas sanitárias por meio de atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com base no Controle Social.

Fonte: Ministério da Saúde. DSEI. Disponível em <https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/dsei/>. Acesso 03 Mai 2022.

**Espaços estratégicos da gestão participativa** (i) mecanismos institucionalizados de controle social (Conselhos e Conferências de Saúde), (ii) processos participativos de gestão (conselhos gestores, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, mesas de negociação permanente, entre outros); (iii) instâncias de pactuação entre gestores (Comissão Intergestores Bipartite CIB e Comissão Intergestores Tripartite CIT); (iv) mecanismos de mobilização social (movimentos populares); (v) processos de educação popular em saúde (movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais); (vi) reconstrução do significado de educação em saúde (escolas, universidades e serviços de saúde); e (vii) ações articuladas entre diferentes setores de governo e sociedade civil (**intersetorialidade**)

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf). Acesso 25 Mai 2022.

**Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)** Programa de cooperação criado em novembro de 2011, voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população quando for esgotada a capacidade de resposta do estado ou município. Pode ser convocada pelo Ministro de Estado da Saúde nas seguintes hipóteses: (i) em caso de declaração de ESPIN, por solicitação do Comitê Gestor da FN-SUS; (ii) por solicitação dos entes Federados; (iii) para integrar ações humanitárias; e (iv) em resposta internacional coordenada, quando solicitada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e/ou Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

Fonte: Ministério da Saúde. Força Nacional do SUS (FN-SUS). Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/forca-nacional-do-sus/forca-nacional-do-sus>. Acesso 24 Mai 2022.

**Formulação de Políticas de Saúde** Processo que consiste na fixação de objetivos e metas a alcançar com relação a um determinado sistema ou a um problema de saúde, incluindo a análise da situação inicial, o desenho da imagem-objetivo em um prazo determinado, a formulação de proposições de ação embasadas em princípios e diretrizes, a análise de coerência (interna e externa) dessas proposições, a análise de viabilidade de execução das ações propostas e a formalização das políticas em leis, normas, planos, programas e projetos.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 100, 101, 102. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 24 Mai 2022.

**Gerenciamento de resíduos sólidos** Conjunto de ações exercidas, direta e indiretamente, nas etapas de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destinação final ambientalmente adequada dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos, de acordo com plano municipal de gestão integrada de resíduos sólidos ou com plano e gerenciamento de resíduos sólidos.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 02/08/2010. Institui a Política Nacional de Resíduos sólidos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos). Acesso 03 Mai 2022.

**Gestão compartilhada do SUS** Forma de compartilhar funções gerenciais entre todos os trabalhadores, o que significa compartilhar ideias, dialogar e contribuir nas tomadas de decisão.

Em decorrência dessa postura, também devem ser **compartilhadas as tarefas e as responsabilidades**. Envolvendo mais todos os integrantes da equipe no trabalho, compartilhamos desejos, interesses e motivações.

Fonte: SOARES, Ricardo de Sousa; RAUPP, Bárbara. Gestão compartilhada: análise e reflexões sobre o processo de implementação em uma unidade de atenção primária à saúde do SUS. Revista de Atenção Primária à Saúde, v. 12, n. 4, 2009. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14372/7764>. Acesso 24 Mai 2022.

**Gestão de Tecnologias em Saúde** Conjunto de atividades gestoras relacionado com os processos de **avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde**, que deve ter como referenciais as necessidades de saúde, o orçamento público, as responsabilidades dos três níveis de governo e do controle social, além dos princípios de equidade, universalidade e integralidade, que fundamentam a atenção à saúde no Brasil.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_gestao\\_tecnologias\\_saude.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Gestão do SUS** É a responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que, por meio dos seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento o sistema de saúde.

Fonte: BRASIL. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em [https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/glossarios/glossario\\_ms.pdf](https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/glossarios/glossario_ms.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Gestão de sistemas e serviços de saúde** (...) A Gestão dos Sistemas de Saúde foi historicamente centralizada, no Brasil. Com o processo de descentralização do governo federal para estados e municípios durante a redemocratização política dos anos 1980, o SUS foi definido constitucionalmente (...). A gestão em saúde passou a ser normatizada no Brasil como função de responsabilidade sobre o sistema municipal, estadual ou federal, estando os gestores o SUS responsáveis por quatro funções principais dos sistemas de saúde: alocação de recursos, prestação de serviços, gestão e regulação. De tal modo, respondem pela administração do Fundo de Saúde, subordinam-se ao Conselho de Saúde, planejam através das Conferências de Saúde, submetem-se a Auditoria do SUS, regulam e contratualizam serviços próprios e complementares, gerem recursos humanos, responsabilizam-se pela vigilância, promoção e proteção da saúde, entre outras funções por nível municipal, estadual e federal. (...).

**Gestão em saúde** (1) Conjunto de medidas adotadas para planejar, organizar, fazer funcionar e avaliar o grande número de elementos inter-relacionados do sistema de saúde. O uso desse termo reflete a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistemas de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução política (tomada de decisão e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas, serviços e atividades. No âmbito o Sistema Único de Saúde (SUS), convencionou-se distinguir gestão (de sistemas) de gerência (de unidades de saúde, programas e projetos), como uma forma de enfatizar o caráter mais propriamente político da primeira, em oposição ao caráter técnico-administrativo da segunda, embora em cada uma dessas dimensões esteja em jogo o exercício do poder, em suas várias dimensões (política, técnica e administrativa).

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 100, 101, 102. Disponível em

<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Gestão em saúde (2)**, *fem.* Atividades de formação, implementação e avaliação e políticas, instituições, programas, projetos e serviços de saúde, bem como a condução e o planejamento de sistemas e serviços de saúde.

Fonte: BRASIL. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_economia\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_economia_saude.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Gestão integrada de resíduos sólidos** Conjunto de ações voltadas para a busca de soluções para os resíduos sólidos, de forma a considerar as **dimensões política, econômica, ambiental, cultural e social, com controle social** e sob a premissa do desenvolvimento sustentável.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 02/08/2010. Institui a Política Nacional de Resíduos sólidos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos). Acesso 03 Mai 2022.

**Gestão Orçamentária-Financeira** Um planejamento voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população pela **otimização na aplicação dos recursos financeiros** destinados às ações e serviços de saúde, integrando as funções: **planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde**. As funções integradas dessa gestão orçamentária-financeira indicam a existência de um fluxo permanente do planejamento à avaliação e produzem o resultado em saúde esperado, como é demonstrado a seguir.

Fonte: BRASIL. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em [http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/publicacoes/manual\\_gestao\\_fin\\_sus.pdf](http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/publicacoes/manual_gestao_fin_sus.pdf). Acesso 25 Mai 2022.

**Gestão Participativa** Estratégia transversal, presente nos **processos cotidianos da gestão do SUS**, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de **práticas e mecanismos** que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf). Acesso 25 Mai 2022.

**Instrumentos de Gestão** Documentos cuja base conceitual e metodológica assenta nos conhecimentos acumulados na área de planejamento e gestão de sistemas de saúde; incluem a **Agenda da Saúde, a programação pactuada integrada (PPI), o Relatório de Gestão, os indicadores propostos no Pacto da Atenção Básica, e outros previstos nas normas e portarias** elaboradas no âmbito da Gestão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos. Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 100, 101, 102. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 24 Mai 2022.

**Integridade Pública** Conjunto de arranjos institucionais que visam a fazer com que a Administração Pública não se desvie de seu objetivo principal: entregar os resultados esperados pela população de forma adequada, imparcial e eficiente. A finalidade é **combater a corrupção, restaurar a confiança dos cidadãos em nossas instituições** e prestar serviços públicos com mais qualidade.

Fonte: Controladoria-Geral da União. Integridade Pública. Disponível em <https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/campanhas/integridade-publica/integridade-publica>. Acesso 25 Mai 2022.

**Macrorregião de Saúde** Espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões, e seus respectivos municípios, que compõe uma situação de saúde (riscos de adoecimento segundo critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais), capacidade instalada (serviços de saúde, segundo critérios de infraestrutura, organização e produção de serviços no território regional) e análise alocativa de recursos econômicos.

Fonte: CONASS. Guia de apoio à Gestão Estadual do SUS. Planejamento Regional Integrado. Disponível em <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>. Acesso 04 Mai 2022.

**Mapa de Saúde** Ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde. Deve fornecer informações sobre (i) **estrutura do sistema de saúde**; (ii) **redes de atenção à saúde**; (iii) **condições socio sanitárias**; (iv) **fluxos de acesso**; (v) **recursos financeiros**; (vi) **gestão do trabalho e educação em saúde**; (vii) **ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde**; e (viii) **gestão**.

Fonte: BRASIL. Manual de planejamento no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf). Acesso 24 Mai 2022.

**Ministério da Saúde** Órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros. Tem como função dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.

Fonte: Ministério da Saúde. Institucional. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso 24 Mai 2022.

**Monitoramento da Gestão do SUS** Processo sistemático e contínuo que produz informações sintéticas em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional, propiciando uma intervenção oportuna; acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo de implementação de um programa, isto é, para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para seu desempenho finalístico. A equipe gestora deve conhecer de maneira contínua e objetiva os sinais vitais dos processos que conduzem, como também da(s) situação(ões) na(s) qual(is) intervém.

Fonte: CARVALHO, André Luis Bonifácio de et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>. Acesso 24 Mai 2022.

**Planejamento Regional Integrado (PRI)** Expressa as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para garantia de acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando a análise dos planos de saúde, a organização das RAS, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional. Suas etapas são: a Elaboração da **análise de situação de saúde** (necessidades de saúde, capacidade instalada, vazios assistenciais e fluxos de acesso); b Definição de **prioridades sanitárias** (diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução); c **Organização dos pontos de atenção da RAS**; d Elaboração da **Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde**; e e **Definição dos investimentos necessários**.

Fonte: CONASS. Guia de apoio à Gestão Estadual do SUS. Planejamento Regional Integrado. Disponível em <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>. Acesso 04 Mai 2022.

**Planejamento Orçamentário e Financeiro** O gestor do SUS deverá estimar os recursos necessários para pagamento das despesas, observadas as **fontes orçamentárias** (Fonte 151 - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido e Fonte 153 - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social) e as disponibilidades financeiras (previsão de receita), para planejar a execução orçamentária para o próximo exercício, em consonância como plano de saúde aprovado pelo respectivo conselho de saúde.

Fonte: CONASS. Guia de apoio à Gestão Estadual do SUS. Planejamento orçamentário e financeiro sob enfoque no fundo de saúde. 2016. Disponível em <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-orcamentario-e-financeiro-sob-enfoque-no-fundo-de-saude/>. Acesso 25 Mai 2022.

**Plano de Ação Macrorregional da Saúde** Documento originado a partir do **Planejamento Regional Integrado**, com informações sobre: (i) **identificação do espaço regional ampliado**; (ii) **identificação da situação de saúde no território**, (iii) **das necessidades de saúde** e (iv) **da capacidade instalada**.

Fonte: CONASS. Guia de apoio à Gestão Estadual do SUS. Planejamento Regional Integrado. Disponível em <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>. Acesso 04 Mai 2022.

**Planos de saúde** serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

Referência: BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19/09/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso 18 Abr 2022.

**Práticas de gestão participativa** Conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao **controle social**, à **educação popular**, à **mobilização social**, à **busca da equidade**, ao **monitoramento e avaliação**, à **ouvidoria**, à **auditoria** e à **gestão da ética nos serviços públicos de saúde**.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf). Acesso 25 Mai 2022.

**Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde** Tem por objetivo avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido.

Fonte: BRASIL. PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf). Acesso 18 Jul 2022.

**Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde** Consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, partindo da realidade municipal. Possui articulação com a Programação Anual da Saúde (PAS) de cada ente presente na região, dando visibilidade aos fluxos de referência para sua execução. É subdividido em 3 etapas: diretrizes (registro de diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde, harmonizado no âmbito regional); rede de atenção (modelagem da rede de atenção à saúde e mapa de investimentos); e programação (explicitação dos pactos de gestão e programação por estabelecimentos de saúde).

Fonte: PROGRAMASUS. Sistema de Programação de Ações e Serviços de Saúde. Disponível em <https://programasus.saude.gov.br/programasus/auth/Home.app#:~:text=Programa%C3%A7%C3%A3o%20Geral%20das%20A%C3%A7%C3%B5es%20e,regional%C2%00partindo%20da%20realidade%20municipal..> Acesso 05 Mai 2022.

**Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI)** Articulação entre serviços de diversos graus de agregação tecnológica localizados num mesmo município, bem como os mecanismos e instrumentos para definição das referências pactuadas entre municípios. Deve integrar as várias áreas de atenção à saúde, em coerência com o processo global de planejamento (planos de saúde e possibilidades técnicas locais). Os eixos programáticos devem ser orientados por análise de situação de saúde, estimativa de necessidades da população e definição de prioridades da política de saúde em cada esfera. Refletem a intencionalidade, direcionalidade e consubstanciação das políticas no campo do custeio da atenção.

Fonte: BRASIL. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>. Acesso 05 Mai 2022.

**Quali-SUS-Rede** Estratégia de apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil, com o objetivo de contribuir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para a qualificação da atenção e da gestão em saúde, por meio da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde e da qualificação do cuidado em saúde. Estrutura-se nos componentes: (1) Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde (apoio às iniciativas em 15 regiões selecionadas); (2) Intervenções Sistêmicas Estratégicas (desenvolvimento de intervenções sistêmicas estratégicas, centradas em prioridades nacionais, e de apoio à implantação de redes de atenção e à qualificação de cuidados em saúde); e (3) Gestão do Projeto (organização e o financiamento de atividades relacionadas à administração geral do projeto).

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 396, de 04/03/2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0396\\_04\\_03\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0396_04_03_2011.html). Acesso 01 Jun 2022.

**Rede interfederativa (2)** Comporta em si as redes de serviços em todas as suas formas: por nível de atenção ou especialidade, por ciclo de vida, por gênero, por patologias e assim por diante, conforme a melhor técnica e a inteligência organizativa sanitária; é a interconexão dos entes políticos responsáveis pela saúde (ações e serviços), que devem, conjuntamente, em espaços como os colegiados, decidir de comum acordo todas as questões referentes à saúde, como planejamento integrado, financiamento compartilhado, prestação de serviços em rede, fiscalização, padrão de integralidade, critérios de incorporação tecnológica, regulamentos técnicos, protocolos clínicos, critérios para controle e avaliação, entre outros fatores; deve ter como abrangência o Estado federal (nacional) com seus recortes políticos (União, estados, Distrito Federal e municípios) e pode, ainda, se organizar por regiões (interestadual, metropolitana, regional e intermunicipal).

Fonte: Santos, Lenir e Andrade, Luiz Odorico Monteiro de Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 3, pp. 1671-1680. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002>. Acesso 25 Mai 2022.

**Redes regionalizadas de saúde** As redes passaram a ser portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde, e as redes no contexto das regiões de saúde facilitam a integração do ponto de vista territorial ou do processo de territorialização das redes de atenção à saúde.

Fonte: Plataforma Região e Redes. Disponível em <https://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-redes-de-saude/#.Yo2PvajMK00>. Acesso 24 Mai 2022.

**Regiões de Saúde** Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos e municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Constituem-se por ações e serviços de: I – atenção primária; II – urgência e emergência; III – atenção psicossocial; IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V – vigilância em saúde. Os entes federativos devem definir seus limites geográficos, população usuária, rol de ações e serviços a serem ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Fonte: BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28/06/2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso 18 Abr 2022.

**Regiões Metropolitanas** Aglomerações urbanas resultantes o agrupamento de dois ou mais municípios limítrofes instituídos por lei complementar estadual visando a integrar a organização, planejamento e execução de funções públicas de interesse comum.

Fonte: CAVALCANTE, Luiz Ricardo. *Regiões Metropolitanas e Regiões Integradas de Desenvolvimento: em busca de uma delimitação conceitual*. Brasília: Senado Federal, 2020.

Disponível em <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td273>. Acesso 03 Mai 2022.

**Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE)** Aglomerações urbanas formadas por municípios limítrofes pertencentes a mais e uma unidade da federação. Atualmente existem 3 no Brasil: RIDE-DF (Distrito Federal e entorno), RIDE Teresina e RIDE Petrolina-Juazeiro.

Fonte: CAVALCANTE, Luiz Ricardo. Regiões Metropolitanas e Regiões Integradas de Desenvolvimento: em busca de uma delimitação conceitual. Brasília: Senado Federal, 2020. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td273>. Acesso 03 Mai 2022.

**Regulação da Atenção à Saúde** Exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população através da produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a **Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde**.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 1559, de 01/08/2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso 24 Mai 2022.

**Regulação do Acesso à Assistência** Regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a **organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS**, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo **complexo regulador e suas unidades operacionais** e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 1559, de 01/08/2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso 24 Mai 2022.

**Relação interfederativa** Os serviços de saúde dos municípios devem ser interconectados ou interagir uns com os outros, para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao cidadão de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria não é capaz de arcar sozinha com a assistência à saúde de seus habitantes. Por isso a necessidade de articulação entre os entes federativos para compor uma rede interfederativa, dotada de instrumentos jurídico-administrativos que lhes permitam, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir serviços, transferir recursos e se referenciar uns aos outros de forma sistêmica, numa interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e sem perda de autonomia.

Fonte: Santos, Lenir e Andrade, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 3, pp. 1671-1680. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002>. Acesso 25 Mai 2022.

**Responsabilidade interfederativa do SUS** No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições

gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso 24 Mai 2022.

**Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS)** Ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do **Relatório Anual de Gestão (RAG)** ao Conselho de Saúde.

Fonte: Departamento de Informática do SUS DATASUS. Sistema de Gestão. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/sistema-de-gestao/>. Acesso 24 Mai 2022.

**Sistemas Nacionais de Saúde** I – Sistema Nacional de Transplantes (STN); II – Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN); III – Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB); e IV – Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 04, de 28/09/2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso 19 Abr 2022.

**Sistema Nacional de Hemovigilância** Sistema de avaliação e alerta, inserido no processo de vigilância sanitária pós uso de produtos sob vigilância sanitária (Vigipós) e organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência.

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Hemovigilância. 2020. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/hemovigilancia/sistema-nacional>. Acesso 26 Abr 2022.

**Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB)** Conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde. Seus componentes são: I Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica; II Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental; III Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária; e IV Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 04, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso 10 Mai 2022.

**Sistema Nacional de Residências em Saúde (SINAR)** Entidade do Ministério da Educação, tem por objetivo garantir o desenvolvimento dos processos de regulação, avaliação e supervisão envolvidos nos **Programas de Residência Médica e os Programas de Residência em Área da Saúde, nas modalidades multiprofissional e em área profissional da saúde.**

Fonte: SINAR Sistema Nacional de Residências em Saúde. Disponível em <http://sinar.mec.gov.br/primeiro-acesso>. Acesso 18 Mai 2022.

**Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN) I – Organismos operacionais** de captação e obtenção de doação, coleta, processamento, controle e garantia de qualidade, estocagem, distribuição e transfusão de sangue, seus componentes e hemoderivados; e II – **Centros de produção de hemoderivados e de quaisquer produtos industrializados** a partir do sangue venoso ou placentário, ou outros obtidos por novas tecnologias, indicados para o diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 10.205, de 21/03/2001. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110205.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm). Acesso 26 Abr 2022.

**Sistema Nacional de Transplantes (SNT)** Sistema público de transplantes que desenvolve o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas (transplantes e tratamentos). Sua estrutura contempla: (1) **Coordenação Nacional do Sistema de Transplantes**; (2) **Grupo Técnico de Assessoramento**; (3) **Centrais Estaduais de Transplantes**; (4) **Central Nacional de Transplante**; (5) **Organizações de Procura e Órgãos (OPO)**; (6) **Comissões Intra-Hospitalares de Transplante**; (7) **Bancos de Órgãos e Tecidos**; e (8) **Registros de Doadores de Medula Óssea**.

Fonte: BRASIL. Glossário temático: traumatologia e ortopedia. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_traumatologia\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_traumatologia_2ed.pdf). Acesso 26 Abr 2022.

Fonte 2: Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul. Entenda o Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em <https://saude.rs.gov.br/entenda-o-sistema-nacional-de-transplantes#:~:text=Centrais%20Estaduais%20de%20Transplante%3A%20A,chamadas%20de%20Centrais%20Estaduais%20de>. Acesso 04 Mai 2022.

**Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) I – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE); e II – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental.**

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 04, de 28/09/2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso 19 Abr 2022.

**Sistema Nacional de Vigilância Sanitária** Compreende o conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts. 15 a 18 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam **atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.** (ANVISA)

Fonte: BRASIL. Lei n.º 9782, de 26/01/1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm). Acesso 24 Mai 2022.

**Sistema Único de Saúde (SUS)** Constitui o SUS o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Referência: BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19/09/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso 18 Abr 2022.

**Sistema Único de Saúde (SUS) (2)** Constituído pela conjugação as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Fonte: BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28/06/2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso 18 Abr 2022.

**Subsistema do SUS** Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 04, de 28/09/2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso 19 Abr 2022.

**Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)** **Componente do SUS**, deve ser também descentralizado, hierarquizado e regionalizado; nas regiões onde residem as populações indígenas poderão ocorrer adaptações na organização e estrutura do SUS, para dessa maneira proporcionar a integração e o atendimento necessário. Organiza-se em 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI) que são espaços étnico-culturais dinâmicos que auxiliam na organização dos serviços de saúde e no cumprimento das diretrizes estipuladas para execução de ações de atenção à saúde, considerando as especificidades de cada povo indígena com intenção de proporcionar um atendimento de qualidade e sem discriminações.

Fonte: Universidade de Brasília. Observatório de Saúde Indígena. SASISUS. Disponível em [https://observaindigena.unb.br/?page\\_id=28](https://observaindigena.unb.br/?page_id=28). Acesso 24 Mai 2022.

**Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano** Ações a serem desenvolvidas nas esferas federal, estadual e municipal: coordenação da vigilância da qualidade da água para consumo humano; normalização; desenvolvimento de recursos humanos; normalização do registro dos produtos utilizados no tratamento de água; normalização das características dos filtros domésticos; elaboração de guias (métodos e procedimentos) e outras publicações para a vigilância da qualidade da água para consumo humano; diagnóstico e inspeção permanentes das diversas formas de abastecimento de água; e monitoramento da qualidade da água para consumo humano.

Fonte: BRASIL. Vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_controle\\_qualidade\\_agua.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_controle_qualidade_agua.pdf). Acesso 24 Mai 2022.

**Transferência de recursos da União** São instrumentos celebrados pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas (administração estadual, distrital, municipal) ou privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e

atividades de interesse recíproco que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

Fonte: BRASIL. Transferências de Recursos da União. Brasília: Controladoria-Geral da União, 2014. Disponível em <http://www.participa.br/articles/public/0007/8024/transferenciarecursosuniao.pdf>. Acesso 25 Mai 2022.

**Transparência na gestão pública** Gestão pública transparente fornece à sociedade informações (sobre decisões, ações, planos, orçamentos, despesas, contratos, transferências e resultados, entre outros) que permitem sua colaboração no desenvolvimento e acompanhamento das atividades públicas, induzindo a administração pública a agir com mais responsabilidade e eficiência.

Fonte: BRASIL. Guia de Integridade Pública. Orientações para a administração pública federal: direta, autárquica e fundacional. Brasília: Controladoria-Geral da União, 2015. Disponível em [https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/41665/12/2015\\_cgu\\_guia-de-integridade-publica.pdf](https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/41665/12/2015_cgu_guia-de-integridade-publica.pdf). Acesso 25 Mai 2022.

**Transporte Sanitário Eletivo** Destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter não urgente e emergencial, no próprio município de residência ou em outro nas regiões de saúde de referência. Atendimento eletivo não requer assistência médica dentro de um reduzido espaço de tempo. Podem ser veículos tipo lotação: micro-ônibus, vans, embarcações.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/noticia/2326>. Acesso 01 Jun 2022.

## 7. Informação e comunicação em saúde

TG:

TR:

TE:

**Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente (IdeiaSUS)** Iniciativa da cooperação técnica entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), no âmbito da Rede de Apoio à Gestão Estratégica do SUS. Tem como objetivo identificar, reunir e disponibilizar um banco de “práticas e soluções” em Saúde & Ambiente, e parte do princípio que a troca de experiências, “exitosas ou não”, são essenciais ao processo de consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Fonte: IdeiaSUS Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente. Quem somos. Disponível em <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/sobre-o-projeto>. Acesso 17 Mai 2022.

**Banco de Preços em Saúde (BPS)** Sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde para registro e consulta de informações de compra de medicamentos e produtos para a saúde realizadas por instituições públicas e privadas. É referência nacional para pesquisa e cotação de preços de medicamentos e produtos para a saúde.

Fonte: Ministério da Saúde. Acesso à Informação. Banco de Preços em Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/banco-de-precos>. Acesso 10 Mai 2022.

**Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** É o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independente de sua natureza jurídica e de integrarem o SUS ou não, e possui interoperabilidade com outros sistemas de informação em saúde. Suas finalidades são: (1) cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como **recursos físicos, trabalhadores e serviços**; (2) disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação; (3) ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento; e (4) fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, **existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada** dos estabelecimentos de saúde e territórios.

Fonte: Ministério da Saúde. Wikisaude. CNES. Disponível em [https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina_principal). Acesso 10 Mai 2022.

**Calendário da Saúde** O Calendário da saúde é uma **estratégia de comunicação** que tem por finalidade **estimular atividades** voltadas para temáticas específicas da saúde em dias determinados para as mesmas. As datas podem ser instituídas por legislação e portarias ministeriais ou não e cada mês pode ser representado por uma cor que indica **campanhas de saúde** que devem ser desenvolvidas. O calendário de saúde pode auxiliar o SUS a **organizar ações** de promoção de saúde, prevenção de doenças e detecção precoce de doenças, agravos e riscos à saúde.

**Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)** Estabelece **limites para preços de medicamentos**, adota regras que estimulam a concorrência no setor, **monitora a comercialização** e aplica penalidades quando suas regras são descumpridas, e fixa e monitora a **aplicação de desconto mínimo obrigatório para compras públicas**.

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed>. Acesso 10 Mai 2022.

**Canal Saúde** Emissora de **televisão pública** no âmbito do Ministério da Saúde, sediada na Fiocruz, com a missão de produzir **conteúdo sobre saúde estimulando a cidadania** da população brasileira. Retrata a Saúde Pública no Brasil em sua totalidade com programas de caráter jornalístico e informativo todos os dias das 09 às 19hs, constituída por **programas próprios** (ao vivo e gravado) e de **produções de parceiros institucionais** e **produtores independentes**, e é a única emissora do país com uma programação exclusiva sobre o tema. Sua veiculação é nacional, garantida em TV aberta UHF (antena parabólica) e através da WebTV.

Fonte: FIOCRUZ. Canal Saúde. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/canal-saude>. Acesso 17 Mai 2022.

**Cartão Nacional de Saúde (CNS)** Documento de **identificação do usuário** do SUS, inserido na política de e-Saúde do Ministério da Saúde, com **informações individuais**, como: dados pessoais (nome, nome da mãe, data de nascimento, etc), contatos (telefones, endereço, e-mails) e documentos (CPF, RG, Certidões, etc). O número do CNS está inserido nos sistemas informatizados de saúde que demandam a identificação dos indivíduos, sejam usuários, operadores ou profissionais de saúde, possibilitando a criação do **histórico de atendimento** de cada cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do acesso às Bases de Dados dos sistemas envolvidos neste histórico, por exemplo: sistema de atenção básica, sistema hospitalar, sistema de dispensação de medicamentos, etc.

Fonte: Ministério da Saúde. Cartão Nacional de Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cns>. Acesso 16 Mai 2022.

**Casa Oswaldo Cruz (COC)** Unidade integrante da Fiocruz, tem como missão produzir e disseminar o conhecimento histórico da saúde e das ciências biomédicas; preservar e valorizar o patrimônio cultural da saúde; educar em seus campos de atuação e divulgar ciência e tecnologia em saúde, de forma a contribuir para o desenvolvimento científico, cultural e social. Fonte: FIOCRUZ. Casa Oswaldo Cruz (COC). Missão, visão e valores da COC. Disponível em <http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/institucional/missao-visao-e-valores>. Acesso 16 Mai 2022.

**CATSER – Catálogo de Serviços & CATMAT – Catálogo de Materiais** Bases de dados que identificam todos os materiais licitados e adquiridos e todos serviços licitados contratados pela Administração Pública Federal. No **CATMAT** temos as funcionalidades de consulta: **ITEM** (Item de material cadastrado); **MATRIZ** (Matriz de classificação por grupos e classes de materiais da estrutura de classificação e determinado conjunto de material por código e por radical); **PDM** (Padrão descritivo de material); e **TABAPOIO** (Tabelas de apoio de unidades de fornecimento, características e valores e características). No **CATSER** temos as funcionalidades de: **CADSERVICO** (Código dos serviços, situação do serviço, se está suspenso, código CPC, códigos de natureza de despesas vinculados ao serviço e unidades de medidas que podem ser utilizadas na contratação do serviço) e **TABAPOIO** (Tabela de Apoio da classificação CPC e Unidades de medidas de serviço).

Fonte: BRASIL. CATSER – Catálogo de Serviços & CATMAT – Catálogo de Materiais. Brasília: Ministério da Economia, 2020. Disponível em <https://www.gov.br/compras/pt-br/aceso-a-informacao/manuais/manual-siasg/manual-siasg-catalogo/manual-catmat-e-catser-2020.pdf>. Acesso 11 Mai 2022.

**Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS)** Unidade da Fiocruz, tem como missão contribuir com a produção de conhecimentos científicos inovadores para ampliar o entendimento dos determinantes e das políticas sociais e ambientais sobre a saúde da população, para auxiliar e apoiar a tomada de decisões em políticas públicas em benefício da sociedade. Conta com equipes multidisciplinares com formação em diversas áreas, como epidemiologia, saúde coletiva, estatística, economia, bioinformática e computação; e realiza estudos e pesquisas com base em projetos interdisciplinares: Coorte de 100 Milhões de Brasileiros; Plataforma Zika; Tecnologias e Inovações para o SUS; Equidade e Sustentabilidade Urbana; Bioinformática e Epidemiologia Genética (Epigen); Novas metodologias investigativas. Promove capacitação profissional e científica.

Fonte: FIOCRUZ. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Quem somos. Disponível em <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/sobre/quem-somos/>. Acesso 17 Mai 2022.

**Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2)** O CIAP partiu da necessidade de médicos de família de classificar ao mesmo tempo: (i) os motivos que levaram à marcação da consulta (MC), (ii) os diagnósticos ou problemas, e (iii) os procedimentos. Sua estrutura em forma de tabela compreende as informações sobre (a) componentes nas linhas (1 Componente de queixas e sintomas; 2 Componente de procedimentos, diagnósticos e preventivos; 3 Componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos; 4 Componentes de resultados de exames; 5 Componente administrativo; 6 Componente de acompanhamento e outros motivos de consulta; 7 Componente de diagnósticos e doenças, incluindo doenças infecciosas, neoplasias, lesões, anomalias congênitas e outras doenças específicas); e (b)

capítulos nas colunas (A Geral e não-específico; B Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos [baço, medula óssea]; D Aparelho digestivo; F Olhos; H Ouvidos; K Aparelho Circulatório; L Sistema Musculoesquelético; N Sistema Nervoso; P Psicológico; R Aparelho Respiratório; S Pele; T Endócrino, metabólico e nutricional; U Aparelho urinário; W Gravidez e planejamento familiar; X Aparelho genital feminino (incluindo mama); Y Aparelho genital masculino; Z Problemas sociais).

Fonte: Comitê Internacional de Classificações do WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família). Classificação Internacional da Atenção Primária. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/CIAP\\_Brasil\\_atualizado.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/CIAP_Brasil_atualizado.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)** A CIF engloba aspectos da saúde humana (domínios de saúde) e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem-estar (domínios relacionados com a saúde). Estruturada em 2 componentes que podem ser expressos em termos positivos ou negativos: Parte 1 **Funcionalidade e Capacidade** (a Funções do corpo e estruturas do corpo; b Atividades e participação); e Parte 2 **Fatores Contextuais** (c Fatores ambientais; d Fatores pessoais).

Fonte: OMS. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Disponível em [http://www.periciamedicadf.com.br/cif2/cif\\_portugues.pdf](http://www.periciamedicadf.com.br/cif2/cif_portugues.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Comunicação de risco** Parte integrante de qualquer **resposta a emergências** e consiste na **troca de informação, aconselhamento e pareceres em tempo real** entre peritos, líderes comunitários ou oficiais e as pessoas que se encontram em risco para permitir às pessoas que se encontram em maior perigo **compreenderem e adotarem comportamentos de proteção**. Permite às autoridades e aos peritos **auscultarem as populações e responderem às suas preocupações e necessidades**, para que o seu aconselhamento seja relevante, confiável e aceitável.

Fonte: WHO. Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018.

**Comunicação e Informação em Saúde para o Controle Social** Oferta de materiais para **subsidiar** os conselhos de saúde nos **debates sobre comunicação, informação** e controle social; **reflexões sobre comunicação e informação**, além de exemplos de experiências práticas do uso dessas ferramentas para o fortalecimento do exercício do controle social.

Fonte: BRASIL. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coletanea\\_comunicacao\\_informacao\\_saude\\_exercicio.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coletanea_comunicacao_informacao_saude_exercicio.pdf). Acesso 17 Mai 2022.

**Comunicação em Saúde** [termo alternativo Informação e Comunicação em Saúde] 1. Transferência de informação dos peritos nas áreas de medicina e saúde pública para os pacientes e o público. 2. É disponibilizar para a população informação sobre promoção, prevenção e assistência à saúde.

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](http://DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (bvsalud.org)). Acesso em 12 Abr 2022.

**Comunicação pública** Promover a participação através de um diálogo entre Estado e sociedade, estimular o debate público, dar transparência às ações e decisões do governo, promover a prestação de contas e favorecer o acesso aos serviços, garantindo direitos sociais.

Fonte: MIOLA, Edna; MARQUES, Francisco Paulo Jamil. Comunicação pública do Ministério da Saúde no Facebook: uma análise das campanhas contra o *Aedes aegypti* no 'verão do Zika'. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 14, n. 1, 2020. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087212>. Acesso 17 Mai 2022.

**Democratização da comunicação** Proposta de reformas estruturantes orientada pela utopia de valores ideais ou por princípios normativos básicos que pressupõe que a mídia deve ser impactada em seu sistema, inserindo valores de cidadania em seu cerne, para que seja instrumento de replicação de sua lógica. Busca-se dotar a mídia de caráter mais inclusivo e equitativo, pois se entende que construção de estruturas democráticas exige um constante aprimoramento das relações sociais, processo no qual a mídia tem papel intermediador substancial.

Fonte: BARROS, Chalini Torquato Gonçalves de. Dimensões da democratização da comunicação: uma contribuição para sua discussão teórico-conceitual aplicada às políticas de mídia. Revista Comunicação Midiática, Bauru, SP, v. 9, n. 1, p. 197–214, 2014. Disponível em <https://www2.faac.unesp.br/comunicacaomidiatica/index.php/CM/article/view/204>. Acesso 17 Mai 2022.

**E-Gestor Atenção Básica** Informação e Gestão da Atenção Básica Disponibilização de relatórios públicos de sistemas de informação sobre: Sistema de monitoramento dos polos de Academia da Saúde; Aquisição de equipamentos e materiais permanentes; Auxílio Brasil; Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; Eventos AB; Financiamento APS; Financiamento APS – Devolução; Formação Profissional APS; Histórico de Cobertura; Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados; Informatiza APS; Sistema de Laboratórios de próteses dentárias – LRPD-ESB; Sistema de Monitoramento dos programas Vita A, FERRO e NUTRISUS; Situação de implantação e financiamento SAPS Nota Técnica; Pagamento do Programa Mais Médicos pelo Brasil; Pesquisa Opinião sobre Estratégia e-SUS AB; Sistema de monitoramento do PMAQ AB-CEO; Previne Brasil Modelo de Financiamento da APS; Sistema de Monitoramento do Programa Saúde na Escola; Saúde com Agente; Saúde na Hora Adesão ao Programa Saúde na Hora; Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica SISAB; Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Fonte: BRASIL. E-Gestor Atenção Básica. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso 04 Mai 2022.

**Estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS)** Estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional, alinhada com a reestruturação dos sistemas de informação do ministério da saúde para qualificação da gestão da informação.

Fonte: Atenção Primária. Estratégia e-SUS Atenção Primária. Disponível em <http://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso 04 Mai 2022.

**Estratégias de comunicação em saúde da gestão do SUS** Possibilitam a construção simbólica em que as pessoas recebem, processam e produzem sentidos em suas vidas. Com predomínio do modelo de comunicação utilitarista, centralizador e funcional, com foco na transmissão de informações, pesquisa sobre comunicação pública no contexto da COVID-19 no Brasil identificou 35 estratégias dentre websites, Twitter, Youtube, Instagram e Facebook, coletivas de imprensa com transmissão em tempo real, aplicativos móveis e boletins epidemiológicos.

Fonte: Santos, Mariana Olívia Santana dos et al. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19 – Brasil. Interface -

Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2021, v. 25, suppl 1. Disponível em <https://doi.org/10.1590/interface.200785>. Acesso 17 Mai 2022.

**Financiamento APS** A partir de 2022, Informação sobre valores homologados e pagos do financiamento das equipes de saúde da família e atenção primária por capitação ponderada e incentivo financeiro com base em critério populacional; Desempenho ISF; Ações estratégicas (Fator correção, Saúde na Hora, Equipes de Saúde Bucal, CEO estadual e municipal, LRPD estadual e municipal, Unidade Odontológica Móvel, Consultório na rua, UBS Fluvial, Equipes ribeirinhas, Microscopistas, Equipes prisionais estaduais, Equipes prisionais municipais, Saúde de Adolescentes em atendimento socioeducativo, Programa Saúde na Escola, Residência profissional [médico, enfermeiro, dentista], ACS); Agentes Comunitários de Saúde; Informatização; Academia da Saúde; COVID-19 Crédito Extraordinário (Centros de atendimento e Centros comunitários). 2020 e 2021 Valores homologados e pagos do financiamento das equipes de saúde da família e atenção primária por capitação ponderada; per capita de transição; desempenho ISF; Ações estratégicas (Saúde na hora, equipes de saúde bucal, CEO, LRPD, Unidade Odontológica Móvel, Consultório na rua, UBS Fluvial, Equipes ribeirinhas, Microscopistas, Equipes prisionais estaduais, Equipes prisionais municipais, Saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo, Programa Saúde na Escola, Residência Profissional [médico, enfermeiro, dentista], ACS); Agentes Comunitários de Saúde; Informatização; Academia da Saúde; COVID-19 Crédito Extraordinário (SNH Emergencial, Centros de Atendimento, Centros Comunitários e Incentivo per capita, Programa Saúde na Escola). Até 2019, Valores homologados e pagos da AB (Piso da Atenção Básica Variável, Agentes Comunitários da Saúde, Apoio à Manutenção dos Polos de Academia da Saúde, Adicional PAB Variável, Adicional ACS, Adicional Academia, Adicional PAB Variável – Prisional estadual); e valores homologados e pagos do PMAQ-AB (Quantitativo de equipes pagas que participam do PMAQ, Equipes de Saúde da Família pagas, Pagamento do PMAQ – Detalhado por Equipe SB, Pagamento do PMAQ – Detalhado por Equipe NASF e Informações auxiliares).

Fonte: BRASIL. E-Gestor Atenção Básica. Financiamento Atenção Primária à Saúde. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relPagamentoIndex.xhtml>. Acesso 06 Mai 2022.

**Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)** Sistema informatizado desenvolvido para Laboratórios de Saúde Pública aplicado aos exames e ensaios de amostras de origem humana, animal e ambiental, com padrão nacional, e desenvolvido de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Funções: (i) gerenciar e acompanhar as realizações das análises laboratoriais desde a sua solicitação até emissão do laudo final; (ii) gerar relatórios gerenciais e de produção nas Redes de Laboratórios de Saúde Pública; (iii) gerar consultas e relatórios específicos e epidemiológicos; (iv) enviar resultados laboratoriais dos casos suspeitos ou confirmados para Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); (v) subsidiar as tomadas de decisão pelas vigilâncias nas esferas nacional, estadual e municipal; e (vi) padronizar as informações dos laudos e pareceres técnicos. O Módulo Nacional gerencia, monitora e concentra os resultados dos exames / ensaios laboratoriais informados pelos Módulos Estaduais (instalado nos 27 estados) e 2 Laboratórios de Referência Nacional das seguintes áreas: Biologia médica, Ambiental e Saúde do Trabalhador, Animal, Controle de Qualidade, Gestão, Qualidade e Biotecnologia.

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS DATASUS> Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Disponível em <http://gal.datasus.gov.br/GALL/index.php?area=10>. Acesso 10 Mai 2022.

**História natural da doença** Sequência de eventos que caracterizam uma doença, desde a atuação de fatores desencadeantes até o seu desfecho (cura, seqüela ou morte). É composto por dois períodos: **pré-patogênico** e **patogênico**.

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](http://DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (bvsalud.org)). Acesso 05 Mai 2022.

**Histórico de Cobertura da Atenção Básica** Possui informações sobre (1) Histórico da quantidade de Equipes de Atenção Primária considerando apenas equipes financiadas a partir de 2021; e (2) Histórico da cobertura de Atenção Primária considerando todas as equipes cadastradas no CNES, credenciadas pelo Ministério da Saúde e implantadas com financiamento do Ministério da Saúde até 2019 (cobertura de equipe de atenção básica, de equipe de saúde bucal, de agentes comunitários de saúde e do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica – NASF AB).

Fonte: e-Gestor Atenção Básica Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso 05 Mai 2022.

**Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados** Possui informações de todas as equipes cadastradas no CNES, credenciadas pelo Ministério da Saúde e implantadas com financiamento do Ministério da Saúde até 2019 sobre: (i) equipes de saúde da família, (ii) saúde bucal, (iii) agentes comunitários de saúde, (iv) núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica, (v) consultório na rua, (vi) microscopista, (vii) unidade odontológica móvel (UOM) e (viii) unidade básica de saúde fluvial.

Fonte: e-Gestor Atenção Básica Informação e Gestão da Atenção Básica. Histórico Atenção Primária à Saúde. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoIndex.xhtml>. Acesso 05 Mai 2022.

**Identidade Visual** Representa visualmente a instituição e o serviço prestado. Programas do Ministério da Saúde podem ser identificados por meio de **logomarcas**. Portanto, para utilizá-las, é preciso seguir os padrões especificados nesta página.

Fonte: Ministério da Saúde. Marcas de Programas. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/marcas-de-programas>. Acesso 17 Mai 2022.

**Indicadores selecionados para monitoramento da situação de saúde ambiental I Contexto sociodemográfico e econômico** (1. Índice de pobreza humana; 2. Índice de desenvolvimento humano; 3. Taxa de crescimento urbano; 4. Taxa e mortalidade de menores de 5 anos; 5. População economicamente ativa; 6. Número de menores de 14 anos que trabalham; 7. Proporção de empregos do setor não estruturado; 8. Proporção de famílias com mulheres como chefes de família); **II Mudanças ambientais mundiais** (9. Uso de energia per capita; 10. Emissões de CO<sup>2</sup> per capital; 11. Incidência de doenças de transmissão vetorial); **III Contaminação do ar – em ambientes externos** (12. Concentrações anuais médias de PST e PM10 em zonas urbanas; 13. Número de dias em que se excederam as normas do ar ambiental; 14. Mortalidade proporcional devido às infecções respiratórias agudas em menores de 5 anos); **IV Contaminação o ar – em ambientes internos** (15. Proporção e comunidades que usam combustíveis sólidos); **V Água doce e potável** (16. Acesso a fontes de águas melhoradas; 17. Acesso a fontes de água melhoradas na zona urbana; 18. Acesso a fontes de água melhoradas

na zona rural); **VI Saneamento** (19. Mortalidade proporcional devido a doença diarreica aguda; 20. Proporção da população com acesso a melhor saneamento, urbano e rural); **VII Alimentação e nutrição** (21. Disponibilidade de calorias per capita; 22. Proporção de crianças com peso baixo ao nascer < 2500g; 23. Prevalência da desnutrição); **VIII Moradia** (24. População que vive em bairros pobres); **IX Gestão de resíduos sólidos** (25. Porcentagem da população atendida por serviços regulares e coleta de detritos ou resíduos sólidos); **X Violência** (26. Taxa de homicídios por ano, considerando todas as faixas etárias por sexo; 27. Taxa de suicídio por ano, considerando todas faixas etárias); **XI Segurança rodoviária** (28. Taxa de mortalidade por traumatismos causados por acidentes de trânsito / 100 mil habitantes, considerando todas as faixas etárias, por sexo; 29. Mortalidade proporcional por traumatismos causados por acidentes de trânsito / por tipo de vítima; 30. Número de veículos / 100 mil habitantes/ 31. Motocicletas / total de veículos); **XII Trabalhadores / saúde ocupacional** (32. Taxa de incidência de acidentes de trabalho; 33. Taxa de mortalidade por acidentes de trabalho; 34. Cobertura de vacinação contra o vírus da hepatite B em profissionais de saúde; 35. Número e taxa de casos e de mortes por intoxicação por pesticidas); **XIII Tabaco** (36. Prevalência do hábito de fumar em adultos; 37. Prevalência do hábito de fumar em jovens de 13 a 15 anos; 38. Proporção de jovens de 13 a 15 anos expostos ao fumo passiva; 39. Número de políticas de controle do tabagismo que se aplicam em níveis federal e nacional); **XIV Desastres naturais e tecnológicos** (40. Número de eventos e pessoas afetadas por tipo de desastres).

Fonte: Galvão, Luiz Augusto; Finkelman, Jacobo; Henao, Samuel (org.). Determinantes ambientais e sociais da saúde. Washington DC: OPAS, 2011. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51687>. Acesso 02 Mai 2022.

**Informatiza APS** Disponibiliza informações sobre as solicitações de adesão ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS) realizadas e respectivos pareceres, identificando nome do estabelecimento de saúde, status do parecer e modalidade por estado e município.

Fonte: e-Gestor Atenção Básica Informação e Gestão da Atenção Básica. Informatiza APS – Relatório de Gestão. Disponível em <https://sisaps.saude.gov.br/informatizaaps/dashboard>. Acesso 05 Mai 2022.

**Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas** Descreve a situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes em crianças indígenas menores de 60 meses de idade e em mulheres indígenas de 14 a 49 anos, em 2008-2009. Algumas informações coletadas segundo macrorregiões (norte, centro-oeste, nordeste, sul ou sudeste): (i) **produtos cultivados** nas roças ou plantações domésticas indígenas; (ii) **produtos de criação doméstica**; (iii) destino predominante do lixo produzido pelos domicílios indígenas; (iv) origem da água utilizada para beber nos domicílios indígenas; (v) fontes de renda dos domicílios indígenas; (vi) fontes de alimentos referidas pelos domicílios indígenas; (vii) distribuição das mulheres de 14 a 49 anos por faixa etária; (viii) prevalência de pressão arterial alterada sugestiva de hipertensão arterial entre mulheres de 18 a 49 anos; (ix) prevalências de glicemia casual indicativa de diabetes mellitus (glicemia casual  $\geq$  200mg/dL) entre mulheres de 14 a 49 anos; (x) prevalência de anemia em mulheres indígenas não grávidas e grávidas por faixa etária; (xi) distribuição de mulheres de 14 a 49 anos por categorias de IMC; (xii) percentual de mulheres de 14 a 49 anos que referiram ter recebido tratamento para tuberculose e malária nos últimos 12 meses; (xiii) trimestre da primeira consulta pré-natal – gravidez do filho vivo mais novo < 60 meses; (xiv) distribuição das crianças menores de 5 anos por macrorregião na certidão de nascimento e local de nascimento; (xv) distribuição das crianças menores de 5 anos por tipo de parto; (xvi) distribuição das crianças menores de cinco anos com hospitalização no último ano; (xvii) distribuição das crianças menores de cinco anos por incidência de diarreia na última semana;

(xviii) proporção de crianças com déficit de estatura para idade (< 2DP), padrão OMS; (xiv) prevalência de anemia em crianças com idade entre 6 e 59 meses; (xv) distribuição das crianças menores de cinco anos de acordo com imunização da vacina BCG; (xvi) proporção de crianças amamentadas em diferentes idades.

Fonte: FIOCRUZ. I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. 2010. Disponível em [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_919367548.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_919367548.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT)** Unidade do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações, tem como missão promover a competência, o desenvolvimento de recursos e a infraestrutura de informação em ciência e tecnologia para a produção, disseminação, socialização e integração do conhecimento científico e tecnológico. Linhas de atuação: **informação científica, informação para o governo, informação tecnológica, tecnologias para informação** e ensino e pesquisa.

Fonte: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. Institucional. Disponível em <https://www.gov.br/ibict/pt-br/aceso-a-informacao/sobre-o-ibict-1>. Acesso 17 Mai 2022.

**Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT)** Unidade da Fiocruz que tem como missão participar da formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, desenvolver estratégias e executar ações de **informação e comunicação no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde**, objetivando atender às demandas sociais do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outros órgãos governamentais, investindo na interface entre ensino, pesquisa e serviços de forma a gerar conhecimentos, produtos e inovações para a saúde pública brasileira.

Fonte: FIOCRUZ. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Sobre o ICITC. Disponível em <https://www.icict.fiocruz.br/sobre-o-icict>. Acesso 16 Mai 2022.

**Interoperabilidade da Informação em Saúde** 1. Intercâmbio automático e contínuo ou conversas cruzadas de informação de saúde em todos os SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE. 2. Interoperabilidade funcional: A habilidade de dois ou mais sistemas trocarem informações entre si. 3. Interoperabilidade semântica: A habilidade da informação compartilhada entre sistemas ser entendida em nível dos conceitos de domínio formalmente definidos.

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](http://bvsalud.org). Acesso 17 Mai 2022.

**Lista de Agravos de Notificação Compulsória** 1a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico; 1b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes; 2 Acidente por animal peçonhento; 3 Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva; 4 Botulismo; 5 Cólera; 6 Coqueluche; 7a. Dengue – Casos; 7b. Dengue – Óbitos; 8 Difteria; 9a. Doença de Chagas Aguda; 9b. Doença de Chagas Crônica; 10 Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ); 11a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"; 10b. Doença Meningocócica e outras meningites; 12 Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico. Tularemiac. Varíola; 13 Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:a. Arenavírusb. Ebolac. Marburgd. Lassae. Febre purpúrica brasileira; 14a. Doença aguda pelo vírus Zika; 14b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante; 14c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika; 15 Esquistossomose; 16 Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria); 17 Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação; 18 Febre Amarela; 19a. Febre de

Chikungunya; 19b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão; 19c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya; 20 Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública; 21 Febre Maculosa e outras Rickettsioses; 22 Febre Tifoide; 23 Hanseníase; 24 Hantavírose; 25 Hepatites virais; 26 HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; 27 Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV; 28 Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); 29 Influenza humana produzida por novo subtipo viral; 30 Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); 31 Leishmaniose Tegumentar Americana; 32 Leishmaniose Visceral; 33 Leptospirose; 34a. Malária na região amazônica; 34b. Malária na região extra-Amazônica; 35 Óbito: a. Infantil; 35b. Materno; 36 Poliomielite por poliovírus selvagem; 37 Peste; 38 Raiva humana; 39 Síndrome da Rubéola Congênita; 40 Doenças Exantemáticas: a. Sarampo. Rubéola; 41 Sífilis: a. Adquirida; 42b. Congênita; 42c. Em gestante; 42 Síndrome da Paralisia Flácida Aguda; 43 Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus. SARS-CoVb. MERS- CoV; 44 Tétano: a. Acidental; 44b. Neonatal; 45 Toxoplasmose gestacional e congênita; 46 Tuberculose; 47 Varicela - caso grave internado ou óbito; 48a. Violência doméstica e/ou outras violências; 48b. Violência sexual e tentativa de suicídio.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 264, de 17/02/2020. Altera a Portaria de Consolidação n.º 4/GM/MS, de 28/09/2017, para incluir a doença de Chagas crônica na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264\\_19\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html). Acesso 09 Mai 2022.

**Monitoramento do Programa Academia da Saúde (PAS)** Os ciclos de monitoramento fazem parte de iniciativa realizada desde 2012 para analisar a implementação do PAS com foco em gestão, estrutura, processo e oferta de ações. Para os gestores estaduais, obtém-se informações sobre apoio dos estados à implementação dos polos do PAS nos municípios; para os gestores municipais sobre o apoio destinado à implementação do PAS em nível local; para os polos em funcionamento sobre implementação desses, desenvolvimento e monitoramento das atividades, acesso dos usuários às ações e aos serviços ofertados e profissionais envolvidos; e obras nos polos em relação ao estágio de execução.

Fonte: Monitoramento do Programa Academia da Saúde Ciclo 2019. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/monitoramento\\_academia\\_saude\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/monitoramento_academia_saude_2019.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Mostra “Brasil, Aqui tem SUS”** Evento anual organizado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que já está em sua 17ª edição, sendo as 5 últimas publicadas em formato de Catálogo e desde 2016 webdocumentários, e tem por objetivo: (i) propiciar o intercâmbio de **experiências municipais e distritais bem-sucedidas** no Sistema Único de Saúde (SUS); (ii) estimular, fortalecer e divulgar as ações de municípios e do Distrito Federal que **inovam nas soluções visando à garantia do direito à saúde**; (iii) dar visibilidade às práticas de saúde na abrangência da gestão municipal e distrital segundo a realidade dos territórios; (iv) promover um espaço para a troca de **experiências e reflexões sobre a gestão e organização de serviços de saúde**; e (v) estimular, fortalecer e divulgar as ações dos COSEMS e da **estratégia de apoio à gestão municipal**, com vistas ao fortalecimento do SUS.

Fonte: CONASEMS. 17ª Mostra Brasil, aqui tem SUS: publicado regulamento para a edição de 2022. Disponível em <https://www.conasems.org.br/17a-mostra-brasil-aqui-tem-sus-publicado-regulamento-para-a-edicao-de-2022/>. Acesso 17 Mai 2022.

**Notificação de reações transfusionais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária** Reações adversas à transfusão ou reações transfusionais, tais quais reação febril, reação hemolítica, reação hemolítica intravascular, reação hemolítica extravascular, reação alérgica, reação por contaminação bacteriana do sangue, edema pulmonar não cardiogênico, e devem ser notificadas pelas instituições de saúde, independentes da gravidade, no **sistema Notivisa (Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária)**.

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Como notificar eventos adversos relacionados ao ciclo do sangue? Disponível em <http://antigo.anvisa.gov.br/en/hemovigilancia/notificacoes>. Acesso 28 Abr 2022.

**Padrão de interoperabilidade e de informação em saúde** Conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que disciplinam o intercâmbio de informações entre os sistemas de saúde Municipais, Distrital, Estaduais e Federal, estabelecendo condições de interação com os entes federativos e a sociedade.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 2073, de 31/08/2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073\\_31\\_08\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html). Acesso 17 Mai 2022.

**Painel de Adesões ao Programa Saúde na Escola** Adesões (processo de pactuação de compromissos firmado entre os secretários estaduais e municipais de saúde e de educação com os ministérios da saúde e da educação) em tempo real do ciclo 2021-2022 por estado e por município.

Fonte: Painel de Adesões Programa Saúde na Escola – Ciclo 2021-2022. Disponível em <https://sisaps.saude.gov.br/pse/relatorio>. Acesso 06 Mai 2022.

**Pesquisa Opinião sobre Estratégia e-SUS AB** Espaço para enviar sugestão sobre os sistemas de informação em saúde da atenção primária (Estratégia e-SUS AB) e informações sobre o status das sugestões (em análise, encaminhadas para desenvolvimento e implementadas).

Fonte: e-Gestor Atenção Básica Informação e Gestão da Atenção Básica. Pesquisa de Opinião – Esus AB. Disponível em <https://sisaps.saude.gov.br/pesquisa/esusab>. Acesso 05 Mai 2022.

**Portal da Transparência** Site de acesso livre, no qual o cidadão pode encontrar informações sobre como o dinheiro público é utilizado, além de se informar sobre assuntos relacionados à gestão pública do Brasil. Os dados são provenientes de diversas fontes de informação, tais quais o **Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi)** e o **Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape)**, bases de benefícios sociais, faturas de Cartão de Pagamentos do Governo Federal, bases de imóveis funcionais, entre diversas outras. Os órgãos responsáveis por cada fonte de informação encaminham seus dados para a CGU, que recebe, reúne e disponibiliza as informações na ferramenta. A periodicidade de envio dos dados depende do assunto tratado, assim como a periodicidade de atualização das informações no Portal.

Fonte: Controladoria Geral da União. Portal da Transparência. O que é e como funciona. Disponível em <https://www.portaltransparencia.gov.br/sobre/o-que-e-e-como-funciona>. Acesso 17 Mai 2022.

**Prêmio Sérgio Arouca Experiências exitosas em Gestão Participativa no SUS** Prêmio criado em 2005, no contexto da 14ª Conferência Nacional de Saúde, tem por objetivo desta iniciativa é conhecer, dar visibilidade, discutir e estimular as práticas de gestão participativa e divulgar as **experiências exitosas realizadas nos serviços, organizações e sociedade civil** do país. Fonte: BRASIL. Prêmio Sérgio Arouca: experiências exitosas em Gestão Participativa no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio\\_sergio\\_arouca\\_experiencias\\_exitosas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio_sergio_arouca_experiencias_exitosas.pdf). Acesso 17 Mai 2022.

**Programa Nacional de Gestão de Custos** Conjunto de ações que visam promover a gestão de custos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da geração, aperfeiçoamento e difusão de **informações relevantes e pertinentes a custos**, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho de serviços, unidades, regiões e redes de atenção em saúde do SUS. Normatizado pela Portaria MS/GM n.º 55, de 10/01/2018. Fonte: Ministério da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pngc>. Acesso 17 Mai 2022.

**Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)** Repositório de informações mantidas de forma eletrônica, compreendendo informações de saúde, clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categorias profissionais que compõem a APS, ao longo da vida de um indivíduo, atendendo requisitos do Ministério da Saúde. Deve conter: I registro de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas; II prescrição de medicamentos ou outros métodos terapêuticos; III emissão de atestados e outros documentos clínicos; IV solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares; V encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde; e VI acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais. Fonte: e-Gestor Atenção Básica Informação e Gestão da Atenção Básica. Informatiza APS – Relatório de Gestão. Disponível em <https://sisaps.saude.gov.br/informatizaaps/dashboard>. Acesso 05 Mai 2022.

**Publicidade de Utilidade Pública (PUP)** Que se destina a **divulgar direitos, produtos e serviços colocados à disposição dos cidadãos**, com o objetivo de **informar, educar, orientar, mobilizar, prevenir ou alertar a população** para adotar comportamentos que lhe tragam benefícios individuais ou coletivos e que melhorem a sua qualidade de vida. Fonte: SECOM. Instrução Normativa n.º 5, de 06/06/2011. Dispõe sobre a conceituação das ações de comunicação do Poder Executivo Federal e dá outras providências. Disponível em <http://antigo.secom.gov.br/orientacoes-gerais/publicidade/2011-in-05-conceito-de-acoes-de-comunicacao.pdf/view>. Acesso 17 Mai 2022.

**Qualidade da informação acessível** (i) **disponibilidade** (que pode ser conhecida e utilizada por indivíduos, equipamentos ou sistemas autorizados); (ii) **autenticidade** (tenha sido produzida, expedida, recebida ou modificada por determinado indivíduo, equipamento ou sistema); (iii) **integridade** (não modificada, inclusive quanto à origem, trânsito e destino); e (iv) **primariedade** (coletada na fonte, com o máximo de detalhamento possível, sem modificações). Fonte: BRASIL. Lei n.º 12527, de 18/11/2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei n.º 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm). Acesso 16 Mai 2022.

**Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)** Iniciativa do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) instituída pela Portaria MS/GM n.º 1434/2020, trata-se de uma plataforma nacional que dispõe sobre a adoção de **padrões de interoperabilidade** (troca de dados) em saúde; projeto estruturante do **Conecte SUS**; voltado para a **transformação digital da saúde** no Brasil e tem o objetivo de promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, permitindo a transição e continuidade do cuidado nos setores públicos e privados.

Fonte: Ministério da Saúde. Rede Nacional de Dados em Saúde – RNDS. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/rnds>. Acesso 24 Mai 2022.

**Redes sociais do Ministério da Saúde** Twitter, Facebook, Instagram, YouTube, SoundCloud e Flickr.

Fonte: Governo Federal. Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso 23 Mai 2022.

**Registro Brasileiro de Transplante (RBT)** Veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), que divulga periodicamente (jan-março, janeiro-junho, janeiro-setembro, janeiro-dezembro) (i) número de **transplantes de órgãos sólidos e tecidos**; (ii) **doação de órgãos no Brasil**; (iii) número anual de transplantes de 2010 até o presente momento; (iv) transplantes de rim; (v) transplantes de fígado; (vi) transplantes de coração; (vii) transplantes de pâncreas; (viii) transplantes de pulmão; (ix) transplantes de tecidos e células; (x) transplantes de tecidos; (xi) transplante de medula óssea e córnea; (xii) número de notificação de **potenciais doadores, doadores efetivos e doadores cujos órgãos foram transplantados** por estado; (xiii) **Causas da não concretização da doação de órgãos de potenciais doadores** notificados nos estados brasileiros; (xiv) perfil etário, gênero, causa do óbito e grupo sanguíneo **dos doadores de órgãos** nos estados brasileiros; (xv) **pacientes ativos em Lista de Espera** por órgão e estado; (xvi) **pacientes PEDIÁTRICOS ativos em Lista de Espera** por órgão e estado; e (xvii) número de pacientes que ingressaram na lista de espera e **mortalidade** durante o primeiro semestre do ano anterior, por estado e órgão.

**Registro das condicionalidades de saúde do Programa Auxílio Brasil** Relatório consolidado por vigência e localidade, com informações sobre quantidade de beneficiários a serem acompanhados, quantidade de beneficiários acompanhados, % de cobertura de beneficiários acompanhados, quantidade de crianças a serem acompanhadas, quantidade de crianças acompanhadas, % de cobertura de crianças acompanhadas, quantidade de crianças com vacina em dia, % de crianças com vacina em dia, quantidade de crianças com dados nutricionais, % de crianças com dados nutricionais, quantidade de gestantes estimadas, quantidade de gestantes localizadas, % de cobertura de gestantes localizadas, quantidade de gestantes pré-natal em dia, % de gestantes com pré-natal em dia, quantidade de gestantes com dados nutricionais, % de gestantes com dados nutricionais.

Fonte: Relatório Consolidado do Programa Auxílio Brasil. Disponível em <https://auxiliobrasil.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso 04 Mai 2022.

**Registro Eletrônico de Saúde (RES)** Conjunto **de informações de saúde e assistência de um paciente durante toda a sua vida**, com potencialidade de aplicação das informações sobre procedimentos, consultas, administração de medicamentos, resultados de exames e informações demográficas para a Assistência, Pesquisa, Educação em Saúde, levantamentos das necessidades dos usuários e dos serviços de saúde.

Fonte: ARAUJO, Tiago Veloso; PIREZ, Silvio Ricardo; BANDIERA-PAIVA, Paulo. Adoção de padrões para Registro Eletrônico em Saúde no Brasil. Revista Eletrônica de Comunicação,

Informação e Inovação em Saúde, v. 8, n. 4, 2014. Disponível em <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/440>. Acesso 17 Mai 2022.

**Registro Hospitalar de Câncer (RHC)** Centros de coleta, armazenamento, processamento e análise – de forma sistemática e contínua – de informações de **pacientes atendidos em uma unidade hospitalar, com diagnóstico confirmado de câncer, para monitoramento da assistência prestada ao paciente**. As bases de dados consolidadas segundo ano da primeira consulta realizada no hospital informante habilitado na Atenção Especializada em Oncologia do SUS e facultativo para hospitais não habilitados, e são enviadas para compor a base nacional dos registros hospitalares de câncer, sob guarda do INCA por meio do IntegradorRHC.

Fonte: INCA. Registros Hospitalares de Câncer (RHC). Disponível em <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer/registros-hospitalares-de-cancer-rhc>. Acesso 28 Abr 2022.

**Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)** Ações e serviços que o SUS oferece para atendimento da integralidade da assistência à saúde. São classificadas em **(I) Ações e serviços da atenção primária; (II) Ações e serviços da urgência e emergência; (III) Ações e serviços da atenção psicossocial; (IV) Ações e serviços de atenção especializada; e (V) Ações e serviços em vigilância em saúde**

Fonte: BRASIL. RENASES Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_acoes\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf). Acesso 12 Jun 2022.

**Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)** Seleção e padronização de medicamentos, com registro na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. A relação de medicamentos pode ser apresentada por: **classificação anatômica terapêutica química, componente da assistência farmacêutica, insumos e medicamentos de uso hospitalar.**

Fonte: BRASIL. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2022 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/20210367-rewrite-2022\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/20210367-rewrite-2022_final.pdf). Acesso 11 Jun 2022.

**Relatório de Profissionais cadastrados no Programa Mais Médicos** Informações por competência, ciclo, perfil, UF e município dos médicos cadastrados no Sistema de Pagamento do Programa Mais Médicos, com nome, ciclo, perfil, UF, município, competência e status do profissional.

Fonte: e-Gestor Atenção Básica Informação e Gestão da Atenção Básica. Programa de Pagamento Mais Médicos. Disponível em <https://sisaps.saude.gov.br/pagamentomaismedicos/relatorio>. Acesso 05 Mai 2022.

**Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)** Disponibiliza as informações sobre situação de saúde: (i) **Indicadores da pactuação interfederativa** (visão integrada dos indicadores pactuados com metas, desempenho e resultados alcançados pelos entes federativos); (ii) **Indicadores pactuados nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** (ONU); (iii) **Indicadores oncológicos** (cirurgias de câncer, radioterapia, gestão, oncologia clínica hematologia / pediátrica e medicina nuclear); (iv) **Cirurgia cardiovascular pediátrica** (cirurgias pediátricas geral / cirurgias pediátricas menores de 1 ano); (v) Painel de **monitoramento dos instrumentos de planejamento** (situação de elaboração, entrega e apreciação dos instrumentos de planejamento: Plano de Saúde, Programa Anual de Saúde, Relatório de Gestão, Relatório do Quadrimestral e ainda do

status da pactuação dos Indicadores da Pactuação Interfederativa nos municípios brasileiros); e (vi) **Monitoramento do colo de útero e de mama por procedimento** e por município (exame citopatológico cervicovaginal / microflora – rastreamento; exame citopatológico cervicovaginal / microflora; colposcopia; biópsia do colo uterino; exame anatomopatológico do colo uterino – biópsia; exame anatomopatológico do colo uterino – peça cirúrgica; excisão tipo 1 do colo uterino; excisão tipo 2 do colo uterino; excisão tipo 3 do colo uterino).

Fonte: Ministério da Saúde. SAGE. Nota informativa. Disponível em <https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>. Acesso 17 Mai 2022.

**Saúde na Hora** Estabelecimentos que apresentam situação de “adesão homologada” ao Programa Saúde na Hora por estado e por município.

Fonte: e-Gestor Atenção Básica Informação e Gestão da Atenção Básica. Programa Saúde na Hora. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/saudenahora/visualizarEstabHomologados.xhtml>. Acesso 06 Mai 2022.

**Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)** Ferramenta de comunicação e informação, criada para contribuir com a efetividade do Controle Social.

Os dados inseridos no sistema constituem uma rede **com informações dos 5.570 conselhos municipais, 26 conselhos estaduais, 36 conselhos distritais de saúde indígena e do conselho do Distrito Federal, junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde**. A alimentação do SIACS é realizada pelos próprios conselhos.

Fonte: Conselho Nacional de Saúde. Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/siacs/>. Acesso 16 Mai 2022.

**Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos** Captura informações relativas ao **cadastro e acompanhamento** dos pacientes, **dados clínicos**, **fatores de risco** e doenças concomitantes, presença de **complicações e tratamento**, por mês e ano da data de realização da consulta, município, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso, infarto agudo do miocárdio, outras coronariopatias, acidente vascular cerebral, pé diabético, amputação por diabetes, doença renal, risco, sexo, faixa etária, hipertensão, diabetes tipo 1 e 2, e hipertensão com diabetes.

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS DATASUS. Informações de Saúde. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/hiperdia/cnv/hddescr.htm#:~:text=O%20sistema%20HIPERDIA%20captura%20diversas,presen%C3%A7a%20de%20complica%C3%A7%C3%B5es%20e%20tratamento..> Acesso 09 Mai 2022.

**Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)** Informações sobre **notificação e investigação de casos de doenças e agravos** que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, com a finalidade de realização do **diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população**, podendo fornecer subsídios para **explicações causais e indicar riscos** aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS DATASUS. Sistema de Informações de Agravos de Notificação. Disponível em <https://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso 09 Mai 2022.

**Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)** Formado pelos sistemas: (1) **Avaliação do Programa de Imunizações (API)**; (2) **Estoque e Distribuição e Imunobiológicos (EDI)**; (3) **Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)**; (4) Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão (PAIS); (5) Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (PAISSV); (6) **Apuração dos Imunobiológicos Utilizados (AIU)**; e (7) Sistema de Informações dos Centros e Referência em Imunobiológicos Especiais (SICRIE).

Fonte: DATASUS. SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Apresentação. Disponível em <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>. Acesso 28 Abr 2022.

**Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)** Informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe. Emite relatórios SISAB: (1) Validação (**Dados de produção das equipes da APS** enviados pelas aplicações da estratégia e-SUS e acompanhamento das etapas de produção e validação); (2) Cadastro (Informações referentes aos **cadastros válidos** e vinculados e cadastros não validados para o **cálculo da Capitação Ponderada**); (3) Saúde / Atividade Coletiva (Informações de **produção das atividades coletivas da APS**); (4) Saúde / Produção (Informações de produção – **atendimentos individuais**, atendimentos odontológicos, procedimentos e visitas domiciliares da APS); (5) **Indicadores de Desempenho** (Resultados dos indicadores de desempenho e o cálculo do Indicador Sintético Final ISF que subsidiarão o pagamento por desempenho das equipes de APS pelo Previne Brasil); e (6) Pré-natal (**Relatório de Pré-natal na Atenção Básica**).

**Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)** Sistema de informação para registro padronizado, em nível nacional, dos atendimentos ambulatoriais, que possibilitasse a geração de informações e que facilitasse o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria. As finalidades são: (i) registrar os **atendimentos ambulatoriais do SUS** de forma padronizada; (ii) gerar dados e informações ambulatoriais do SUS; (iii) auxiliar no processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria do SUS; e (iv) possibilitar o faturamento ambulatorial no SUS.

Fonte: Ministério da Saúde. Wikisaude. SIA. Disponível em [https://wiki.saude.gov.br/sia/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/sia/index.php/P%C3%A1gina_principal). Acesso 10 Mai 2022.

**Sistema de Informações Hospitalares (SIH)** Criada inicialmente para controle administrativo-financeiro, esta base de dados sobre internações hospitalares no SUS (diretas ou conveniadas) fornece informações diagnósticas, demográficas, geográficas e consumo de recursos para cada internação hospitalar e permite o monitoramento e a qualidade da atenção curativa individual. Tem por finalidade: (i) permitir registro dos **atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS**; (ii) disponibilizar subsidiariamente relatórios para os gestores que podem disponibilizar os mesmos aos setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos e saúde; (iii) possibilitar o conhecimento de aspectos clínicos e epidemiológicos das internações hospitalares efetuadas no SUS; e (iv) permitir o faturamento das internações realizadas no SUS.

Fonte: Ministério da Saúde. Wikisaude. CNES. Disponível em [https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina_principal). Acesso 10 Mai 2022.

**Sistema de Informação para Convênios e Transferências da Funasa** (i) **Plataforma + Brasil** (sistema único online de âmbito nacional com potencial para integrar outros módulos para operacionalização de várias modalidades de transferências de recursos da União, comportando cada uma delas com suas características particulares, com vistas a instrumentalizar a gestão e a fiscalização pelos entes envolvidos na busca da efetividade nas entregas de políticas públicas

para a sociedade); (ii) Sistema de Gerenciamento de Ações da Funasa; e (iii) Sistema Eletrônico de Informações (SEI) – Usuário Externo.

Fonte: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Sistemas de Informação para Convênios e Transferências. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/sistemas-de-informacao-para-convenios-e-transferencias>. Acesso 17 Mai 2022.

**Sistema de Informação para Saúde Suplementar** (1) SIB - Sistema de Informações de Beneficiários [características da população como sexo, faixa etária e local de residência que serão importantes para seleção da população-alvo do programa]; (2) SIP - Sistema de Informações de Produtos [informações como perfil de utilização de procedimentos preventivos, consultas, exames, terapias e internações]; (3) DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde [informações sobre a receita e despesa dos procedimentos e eventos em saúde]; e (4) TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar [a. Guia de Consulta: dados sobre o atendimento e especialidade do profissional; b. Guia de Solicitação de Serviços Profissionais/Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT): dados da solicitação, quantidade e tipo do exame, especialidade do profissional e hipótese diagnóstica; c. Guia de Solicitação de Internação: dados da solicitação, regime de internação e desfecho da internação].

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Espaço da Operadora. Informação em Saúde. Disponível em <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/1946-informacao-em-saude>. Acesso 17 Mai 2022.

**Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)** Sistema de vigilância epidemiológica nacional desenvolvido e implantada em 1975, para captar dados sobre os óbitos do país coletados através da declaração de óbito, e oferece informações sobre dados socioeconômicos, local de residência e ocorrência, óbitos fetais e não fetais, condições e causas dos óbitos e informações de causas externas.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM. Disponível em <https://dados.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-mortalidade>. Acesso 10 Mai 2022.

**Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)** Implantado em 1990, tem como principal objetivo conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos vivos, segundo variáveis como peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e número de partos, sintetizando informações sobre as mães, a gravidez, o parto e o recém-nascido. Baseia-se nas informações da Declaração de Nascidos Vivos, de emissão obrigatória para todos os nascimentos.

Fonte: Pedraza, Dixis Figueroa. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2012, v. 17, n. 10, pp. 2729-2737. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000021>. Acesso 10 Mai 2022.

**Sistema de Monitoramento de Micronutrientes Programas Vita A, FERRO e NUTRISUS** Dados consolidados do quantitativo de crianças suplementadas com vitamina A de 2011 a 2016; Quantitativo de perdas de cápsulas de vitamina A por ano, mês e unidade geográfica desde 2017; Consolidado do quantitativo de crianças suplementadas com ferro de 2006 a 2016; Quantitativo de crianças suplementadas com sulfato ferroso e cobertura por ano, mês e localidade desde 2017; Quantitativo de gestantes suplementadas com sulfato ferroso e cobertura por ano, mês e localidade desde 2017; Quantitativo de gestantes suplementadas com ácido fólico e cobertura por ano, mês e localidade desde 2017; Crianças a serem suplementadas,

suplementadas e cobertura em creches pactuadas ou adicionadas pelo município por ciclo com duração semestral.

Fonte: e-Gestor Atenção Básica Informação e Gestão da Atenção Básica. Micronutrientes. Disponível em <https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/>. Acesso 05 Mai 2022.

**Sistema de Monitoramento do PMAQ AB** Relatórios com documentos (questionários de avaliação) e respostas dos gestores, equipes e usuários dos 3 ciclos de PMAQ-AB realizados (2011, 2013 e 2015) e 2 ciclos de PMAQ-CEO, avaliando infraestrutura, gestão para o desenvolvimento da atenção básica, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção à saúde e satisfação do usuário.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Disponível em <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Acesso 05 Mai 2022.

**Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS)** Objetivo de monitorar, analisar e investigar **eventos adversos e queixas técnicas** relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-comercialização / pós-uso.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 04, de 28/09/2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso 19 Abr 2022.

**Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional I** – Crianças (classificação do estado nutricional, tipos de aleitamento materno e práticas alimentares, anemia ferropriva e falciforme, deficiência de vitamina A, pressão arterial e glicemia); II – Adolescentes (classificação do estado nutricional, maturação sexual, anemia ferropriva e falciforme, lipidograma, pressão arterial, glicemia); III – Adultos (classificação do estado nutricional, circunferência da cintura, lipidograma, pressão arterial e glicemia); IV – Idosos (classificação do estado nutricional, lipidograma, pressão arterial, glicemia, perda de peso); V – Gestantes (classificação do estado nutricional, anemia ferropriva e falciforme, lipidograma, pressão arterial, glicemia).

Fonte: BRASIL. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf). Acesso 29 Abr 2022. Acesso 04 Mai 2022.

**Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (2)** Relatórios públicos sobre I **Estado Nutricional** (por região de cobertura, fases da vida, sexo, raça/cor, acompanhamentos registrados [sisvan web, sistema de gestão do bolsa família e e-SUS AB], povo e comunidade, escolaridade); II **Consumo Alimentar** (por ano, mês e localidade); III Arquivos consolidados dos acompanhamentos registrados de consumo alimentar por município por ciclos da vida (menores de 2 anos, crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes); e IV **Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil** (ANDI) por ano (2012 a 2015), mês de referência, localidade e faixa etária (0 a 60 meses).

Fonte: e-Gestor Atenção Básica Informação e Gestão da Atenção Básica. SISVAN Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Disponível em <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso 06 Mai 2022.

**Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I)** Fonte de dados relativos à **alimentação e nutrição** dos povos indígenas regulamentado no âmbito do subsistema

de atenção à saúde indígena, **monitoramento do estado nutricional**, tendências dos padrões nutricionais ao longo do tempo

Fonte: Pantoja, Lídia de Nazaré et al. Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I) e prevalência de desvios nutricionais em crianças Yanomami menores de 60 meses, Amazônia, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2014, v. 14, n. 1, 53-63. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1519-38292014000100005>. Acesso 29 Abr 2022.

**Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)** Componentes: I – Viva Contínuo/Sinan – NET: notificação compulsória de **violência doméstica, sexual e/ou outras violências** envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos desde 2006. A partir de 2009, o Viva Contínuo passou a integrar o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan); e II – Viva Inquérito: estima prevalências de **acidentes de trânsito, agressões, suicídios e outras causas externas** e estudar associações com possíveis fatores de risco. Pesquisa realizada nas unidades de urgência e emergência nos anos de 2006, 2007 e 2009.

Fonte: BRASIL. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Sistema e-SUS Notifica (ESUS VE)** Desenvolvido e lançado em março de 2020 para profissionais de saúde que atuam em estabelecimentos de saúde com cadastro no CNES registrarem os **casos de síndrome gripal leve ou moderada suspeitos de COVID-19 no território nacional, dados clínicos (sintomas e condições), dados de exames laboratoriais e de investigação do caso.**

Fonte: Ministério da Saúde. Wikisaude. ESUS VE. Disponível em [https://wiki.saude.gov.br/esus/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/esus/index.php/P%C3%A1gina_principal). Acesso 10 Mai 2022.

**Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG)** Gerenciar e operacionalizar o funcionamento sistemático das atividades do Sistema de Serviços Gerais (SISG), com utilização de subsistemas, tais como: **Catálogo de Materiais (CATMAT), Catálogo de Serviços (CATSER), Sistema de Divulgação Eletrônica de Compras (SIDECE), Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF), Sistema de Preços Praticados (SISPP), Sistema de Minuta de Empenho (SISME), Sistema de Gestão de Contratos (SICON)**, visando modernizar as atividades do Estado e dotar a gestão de compras do Governo Federal de melhor qualidade e de absoluta transparência em seus procedimentos, bem como garantir a segurança dos registros efetuados em outros sistemas, para os casos de integração sistêmica.

Fonte: BRASIL. CATSER – Catálogo de Serviços & CATMAT – Catálogo de Materiais. Brasília: Ministério da Economia, 2020. Disponível em <https://www.gov.br/compras/pt-br/aceso-a-informacao/manuais/manual-siasg/manual-siasg-catalogo/manual-catmat-e-catser-2020.pdf>. Acesso 11 Mai 2022.

**Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus)** Permite a comunicação entre os diferentes estabelecimentos de saúde do município e do estado que realizam serviços de assistência farmacêutica, tais como o registro das movimentações de produtos nos almoxarifados / Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e nas farmácias / unidades de saúde. Seus dados possibilitam (1) **gerenciamento estratégico dos medicamentos** (a. solicitação de produtos ao almoxarifado/CAF em tempo real, b. programação de aquisição a partir do consumo e do estoque disponível nos estabelecimentos de saúde, c. acompanhamento das validades, d. rastreabilidade de lotes dos medicamentos, e. remanejamento entre

estabelecimentos de saúde e a atualização de estoques em tempo real); e (2) **acompanhamento das dispensações registradas** (a. identificação dos usuários do SUS, a partir do CadSUS Web), b. finalização dos atendimentos e outros estabelecimentos de saúde da mesma esfera, c. conhecimento do padrão de consumo de medicamentos por estabelecimento de saúde, d. conhecimento da demanda atendida e não atendida).

Fonte: BRASIL. Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica: manual 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmaceutica-no-sus/sistema-horus/manuais/arquivos/2018/manual-1-apresentacao-do-sistema.pdf>. Acesso 10 Mai 2022.

**Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS → SINISA)** Base de dados que contém informações e indicadores sobre a prestação de serviços de água e esgotos, de manejo de resíduos sólidos urbanos e drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Coleta dados dos municípios e dos prestadores de serviços de saneamento e os estrutura e disponibiliza à sociedade por meio dos Diagnósticos (**Água e Esgotos, Manejo de Resíduos Sólidos Urbanos e Drenagem e Manejo de Águas Pluviais Urbanas**), da aplicação web SNIS Série Histórica e Painel de Informações sobre Saneamento que traz um panorama do setor e permite que as principais informações e indicadores sejam acessados de forma interativa.

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Regional. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. 2021. Disponível em <http://www.snis.gov.br/institucional>. Acesso 03 Mai 2022.

**Sistemas de Informação em Saúde (SIS)** Conjunto de componentes interrelacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde; congregam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde.

Fonte: MARIN, Heimar F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. Journal of Health Informatics, v. 2, n. 1, 2010. Disponível em <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4>. Acesso 16 Mai 2022.

**Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde** Sistemas que condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças; são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a **harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia**. As práticas de cura respondem a uma **lógica interna de cada comunidade indígena** e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, **recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica**. (...) O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**SIVEP-Malária** Sistema de informação para notificação dos casos de malária diagnosticados no Brasil, que foi implantado em 2003 e funciona a partir da inclusão em um banco de dados

das informações contidas nas fichas de notificação de malária, e tem acesso liberado aos órgãos municipais, estaduais e federais. Algumas informações são: (i) total de **casos positivos de malária considerados autóctones** com tendência linear de 2003 a 2010; (ii) número de **exames parasitológicos** (gota espessa ou esfregaço) positivos de acordo com espécie *Plasmodium* detectado em casos de malária considerados autóctones; (iii) casos de malária autóctone notificados, segundo gênero, espécie de *Plasmodium* e IPA; e (iv) distribuição do número de casos autóctones segundo prováveis locais de infecção (localidade).

Fonte: SANTOS, Igor Gomes dos; SILVA, Rita do Socorro Uchôa da. Malária autóctone no Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil, no período de 2003 a 2010. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua, v. 2, n. 4, p. 31-37, dez. 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232011000400005>. Acesso 04 Mai 2022.

**Transparência Pública** A Constituição Federal de 1988 garante ao cidadão **o acesso aos dados públicos gerados e mantidos pelo governo**. É direito de todo o cidadão ter acesso a, por exemplo, de onde vêm as receitas do Estado, como são gastos os impostos, quem são os servidores públicos, quanto ganham entre outros dados. Para garantir o direito ao acesso à informação, o governo federal disponibiliza o **Portal da Transparência**.

Fonte: Senado Federal. O que é transparência pública. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/transparencia/sobre-1>. Acesso 17 Mai 2022.

## 8. Modelos de atenção integral à saúde

TG: Situação epidemiológica e demográfica; Determinantes sociais da saúde

TR:

TE: Redes de atenção à saúde

TG (Atenção Integral à Saúde): Assistência à saúde; Sala de estabilização

TE (Atenção Integral à Saúde): Aptidão física; integralidade; saúde ambiental; saúde auditiva; saúde bucal; saúde da criança; saúde da mulher; saúde da população negra; saúde do adolescente e do jovem; saúde do adulto; saúde do homem; saúde do trabalhador; saúde escolar; saúde indígena; saúde mental; saúde ocular

Brasil. Tesouro Eletrônico do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&x=1&s=&n=50&t=&l=60&y=0&w>. Acesso 18 Abr 2022.

**Alta complexidade** Conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais “redes” são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); **assistência ao paciente oncológico**; **cirurgia** cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; **procedimentos da cardiologia intervencionista**; procedimentos endovasculares extracardíacos; **laboratório de eletrofisiologia**; assistência em traumatologia ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; **reabilitação** protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade

(cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; **genética clínica; terapia nutricional**; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.

Fonte: BRASIL. Relatório de Avaliação Atensão à Saúde da População para procedimentos em Média e Alta Complexidade – MAC Ciclo 2020. Disponível em <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2020/gastos-diretos/relatorio-de-avaliacao-cmag-2020-mac>. Acesso 24 Mai 2022.

**Ambiência de maternidade para atenção humanizada ao parto e ao nascimento** Adequação dos espaços físicos da maternidade para (i) prever espaços que favoreçam o **acolhimento** e o **atendimento adequados** e singulares para as gestantes também nas UBS; (ii) haja condições de deambulação e movimentação ativa da mulher; (iii) garanta a mulher condições de escolha de diversas posições durante o trabalho de parto; (iv) prever espaços adequados para realizar a ausculta fetal intermitente e o controle dos sinais vitais da parturiente e do bebê; (v) prever conforto e privacidade para o aleitamento materno ainda no ambiente de parto; (vi) possibilitar controle da luminosidade, temperatura e ruídos no ambiente; (vii) garantir espaço adequado para as atividades de atendimento imediato ao recém-nascido no mesmo ambiente do parto; e (viii) garantir ambiente cirúrgico para realização de parto cirúrgico se necessário, sob assistência anestésica.

Fonte: BRASIL. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em [https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

TG: Rede Cegonha

**Articulação da atenção básica, redes temáticas e rede de atenção à saúde** A articulação entre os distintos componentes da rede de atenção à saúde, com suas respectivas competências e responsabilidades para atender à região de saúde, garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptas e suficientes.

Fonte: BRASIL. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Atenção à Doença Renal Crônica (DRC) Estágio 1** – acompanhamento nas **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida; Estágio 2 – Estágio 1 + encaminhamento às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica se apresentar alterações clínicas e atualização do calendário vacinal; Estágio 3 - Estágio 2 + encaminhamento às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica se apresentar outras alterações clínicas e atualização do calendário vacinal; Estágio 4 (**Unidade de Atenção Especializada em DRC**) – Estágio 3 + acompanhamento por equipe multiprofissional composta de no mínimo: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS); Estágio 5 (Unidade de Atenção Especializada em DRC) (**pré-diálise**) – Estágio 4 + avaliação nefrológica mensal, com treinamento e preparo para a modalidade de TRS escolhida pelo paciente, por uma equipe multiprofissional da atenção especializada; Estágio 5 (**em diálise**) - escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente,

bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional, acompanhamento do procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em DRC, pelo nefrologista e equipe multiprofissional desse serviço, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ainda no estágio 5, dependendo da gravidade da DRC, podem ser realizadas hemodiálise e diálise peritoneal, podendo chegar ao transplante de rins.

Fonte: BRASIL. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf).

Acesso 12 Mai 2022.

**Atenção à Saúde** Conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento às demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas no setor Saúde.

Fonte: BRASIL. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em [https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/glossarios/glossario\\_ms.pdf](https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/glossarios/glossario_ms.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Atenção à Saúde (2)**, *fem.* Ações que envolvem o cuidado com a saúde do ser humano incluindo aquelas de proteção, recuperação e tratamento de doenças e de promoção da saúde.

Fonte: BRASIL. **Glossário temático: economia da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_economia\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_economia_saude.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Atenção à Saúde da Gestante de Alto Risco** Atenção básica (equipados adequadamente e apoio diagnóstico para exames e medicamentos básicos, atendimento periódico e contínuo extensivo), responsável pela **captação precoce das gestantes** (meios de comunicação, visitas domiciliares e atividades educativas coletivas), **atendimento ao pré-natal de risco habitual, identificação de gestantes de alto risco e encaminhamento para os serviços de referência.** A linha de cuidado das gestantes pressupõe o acompanhamento das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) ou da atenção básica tradicional, mesmo de alto risco, em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e atendimento dos serviços de referência/especializados, como os ambulatórios de nível terceirizado. Devem ser consideradas as especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho, renda e atividades laborais, possibilidade de situação de violência doméstica e sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras.

Fonte: BRASIL. **Gestação de alto risco: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Atenção Integral à Saúde da Criança** Prover todos os serviços necessários, capazes de responder resolutivamente às demandas específicas de sua saúde, sejam eles no contexto da Atenção Básica, de apoio diagnóstico, ou na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, na atenção à urgência e emergência, nos serviços especializados e internação hospitalar. Associa-se a isso as questões relacionadas à **vigilância à saúde, expressas nas atividades de vigilância epidemiológica e nas diversas formas de ações intersetoriais,** e que resultam em produção de saúde. Foco especial na **Primeira Infância (até 6 anos) para desenvolvimento pleno de suas capacidades e habilidades motoras, cognitivas e socioafetivas.**

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Crianças: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em <https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/>. Acesso 24 Mai 2022.

**Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde** 3 eixos: (1) **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento** (garantir plena expansão dos potenciais de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo); (2) **Atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva** (reconhecimento social como pessoas sexuadas, livres e autônomas, estando submetidas a situações de vulnerabilidade no plano pessoal, social, e institucional e a interdições pessoais diversas que repercutem na saúde sexual e na saúde reprodutiva); e (3) **Atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens** (análise das variáveis importantes do padrão de consumo, contextualizadas socialmente, economicamente e culturalmente, trazendo a oportunidade de ter dados reais e científicos para a reflexão sobre os fatores que influenciam nesse padrão de uso nesse grupo, eliminando os mitos existentes).

Fonte: BRASIL. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Atenção Básica** Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem **promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde**, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Fonte: Portaria GM/MS n.º 2436, de 21/09/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso 04 Mai 2022.

**Atenção básica à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional** **Ações de promoção, proteção e recuperação da saúde** em todas as unidades prisionais sob sua gestão. Os serviços de saúde do sistema prisional são as portas de entrada e pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I, II e III com ou sem Saúde Mental, que organizam a saúde intramuros na perspectiva da **promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e seguimento**, permitindo que essa população, mediante regulação do SUS, tenha acesso a serviços de urgências e emergências, à atenção especializada e hospitalar na rede extramuros, sempre que houver necessidade de atenção de maior complexidade.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso 28 Abr 2022.

**Atenção Básica à Saúde dos Povos Indígenas** Cada Distrito Sanitário de Saúde Indígena (DSEI) deve contar com uma rede hierarquizada de serviços para a atenção básica dentro das terras indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde; e estabelecimento de **ações sistemáticas e continuadas de atenção básica** à saúde no interior das áreas indígenas.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Atenção Domiciliar (AD)** Modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de **ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio**, garantindo continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; tem como objetivo geral dos serviços de atenção domiciliar (SAD) reorganizar o processo de trabalho em AD das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e de atendimento ambulatorial e hospitalar, a fim de reduzir o número de internações hospitalares e/ou o período de permanência dos indivíduos internados, de forma a primar pela humanização da atenção e pela autonomia dos usuários.

Fonte: DE OLIVEIRA, Tatiane Almeida; FARAH, Beatriz Francisco; RIBEIRO, Luiz Cláudio. O processo de territorialização de equipes multidisciplinares de assistência domiciliar (EMAD) com base nas condições socioeconômicas e ambientais da população idosa. Revista de APS, v. 19, n. 1, 2016. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15435/8122>. Acesso 19 Mai 2022.

**Atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei** Constitui-se por (I) **Atenção Básica** (promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos; as ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva; acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade; aleitamento materno junto às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade; cuidados de saúde bucal; ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei); e (II) **Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências** (acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS; implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização; acesso aos cuidados em saúde nos pontos de atenção da Rede de urgência e Emergência, de modo a preservar suas especificidades; e acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, e os acolhendo em regime de curta permanência.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 1082, de 23/05/2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082\\_23\\_05\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html). Acesso 19 Mai 2022.

**Atendimento às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)** (a) **Vigilância, informação, avaliação e monitoramento** (monitoramento dos fatores de risco, monitoramento da morbidade e mortalidade específica de doenças, e respostas dos sistemas de saúde que incluem gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais como acesso a medicamentos); (b) **Promoção da saúde** (atividade física, alimentação saudável, tabagismo e álcool e envelhecimento ativo); e (c) **Cuidado integral** (linha de cuidado de DCNT, capacitação e telemedicina, medicamentos gratuitos, câncer de colo do útero e de mama, saúde toda hora [atenção às urgências, atenção domiciliar e linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico na rede de atenção às urgências).

Fonte: BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso 27 Abr 2022.

**Atendimento às pessoas vítimas de violência sexual no SUS** I **Acolhimento, anamnese e realização de exames clínicos e laboratoriais**; II - **preenchimento de prontuário** com as seguintes informações: a) data e hora do atendimento; b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida; c) exame físico completo, inclusive o exame ginecológico, se for necessário; d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e) descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame; e f) identificação dos profissionais que atenderam a vítima; III - **preenchimento do Termo de Relato Circunstanciado e Termo de Consentimento Informado**, assinado pela vítima ou responsável legal; IV - **coleta de vestígios** para, assegurada a cadeia de custódia, encaminhamento à **perícia oficial**, com a cópia do Termo de Consentimento Informado; V - **assistência farmacêutica e de outros insumos e acompanhamento multiprofissional**, de acordo com a necessidade; VI - **preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências**; e VII - **orientação à vítima ou ao seu responsável** a respeito de seus direitos e sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência sexual. O atendimento dispensa apresentação de Boletim de Ocorrência (BO) e deve estimular o registro de ocorrência das vítimas que ainda não o fizeram.

Fonte: BRASIL. Decreto n.º 7958, de 13/03/2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm). Acesso 12 Mai 2022.

**Atendimento das necessidades de saúde** O alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde tem como condição essencial a integração entre vigilância em saúde e atenção básica, na ótica da integralidade do cuidado e que vise estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

Fonte: Portaria GM/MS n.º 2436, de 21/09/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso 04 Mai 2022.

**Condições para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas** Diretrizes destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina

indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária: (i) desenvolvimento de esforços que contribuam para o equilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas; (ii) redução da mortalidade, em especial a materna e a infantil; (iii) interrupção do ciclo de doenças transmissíveis; (iv) controle da desnutrição, da cárie dental e da doença periodontal; (v) restauração das condições ambientais, cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos da saúde; (vi) assistência médica e odontológica integral, prestada por instituições públicas em parceria com organizações indígenas e outras da sociedade civil; (vii) garantia aos índios e às comunidades indígenas de acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde - SUS; (viii) participação das comunidades indígenas envolvidas na elaboração da política de saúde indígena, de seus programas e projetos de implementação; e (ix) reconhecimento da organização social e política, dos costumes, das línguas, das crenças e das tradições dos índios.

Fonte: BRASIL. Decreto n. 3156, de 27/08/1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos n°s 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3156.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3156.htm). Acesso 23 Mai 2022.

**Estratégia pelo Fim da Tuberculose** (1) **Prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente** (diagnóstico precoce, teste de sensibilidade antimicrobiano universal, investigação sistemática dos contatos e das populações mais vulneráveis como pessoas vivendo com HIV, população prisional e população em situação de rua; tratamento de todos os casos de tuberculose; atividades colaborativas TB-HIV e manejo de outras comorbidades; e tratamento preventivo para pessoas com alto risco de adoecimento e vacina contra a tuberculose); (2) **Políticas arrojadas e sistemas de apoio** (compromisso político, alocação adequada de recursos para o cuidado e prevenção da tuberculose; envolvimento comunitário das organizações da sociedade civil e dos setores público e privado; políticas de cobertura universal em saúde, regulamentação da notificação de casos, registro vital, uso qualitativo e racional de medicamentos e controle da infecção; proteção social, redução da pobreza e ações relacionadas aos determinantes da tuberculose); e (3) **Intensificação da pesquisa e inovação** (descoberta, desenvolvimento e rápida absorção de novas ferramentas, intervenções e estratégias; e pesquisa para otimizar a implantação e impacto, e promoção de inovações).

Fonte: BRASIL. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Linha de Cuidado** Padronização técnica que explicita informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde, e viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial. Cada linha de cuidado indica os pontos assistenciais e as macroatividades a serem desenvolvidas especificamente para o adoecimento indicado.

Fonte: Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado. Disponível em <https://linhasdecuidado.sau.gov.br/portal/>. Acesso 05 Mai 2022.

**Linha de Cuidado da Atenção às Pessoas com Doenças Raras** Estruturada pela Atenção Básica (coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede) e Atenção Especializada (Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras e Serviço de Referência em Doenças Raras), em conformidade com a RAS e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS.

Fonte: BRASIL. Portaria n.º 199, de 30/01/2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199\\_30\\_01\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html). Acesso 20 Mai 2022.

**Linhas de cuidado das doenças crônicas e/ou fatores de risco mais prevalentes** Linha de Cuidado de Doenças Renocardiovasculares; Linha de Cuidado de Diabetes; Linha de Cuidado de Obesidade; Linha de Cuidado de Doenças Respiratórias Crônicas; Linha de Cuidado de Câncer de Mama e Colo de Útero.

Fonte: BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado%20pessoas%20doencas%20crnicas.pdf>. Acesso 04 Mai 2022.

**Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO)** Itinerário terapêutico a ser percorrido por um paciente na Rede de Atenção à Saúde, composto por pontos assistenciais (unidades de atenção primária, unidade de pronto atendimento, atenção especializada, serviço de atendimento móvel de urgência e unidade hospitalar especializada). As macroatividades a serem desenvolvidas nos respectivos pontos conforme as necessidades de saúde do usuário, parâmetros clínicos e de capacidade estrutural de atendimento de cada unidade de saúde, mantendo o vínculo com a unidade de origem/referência, são: (1) vigilância em saúde / rastreamento / diagnóstico; (2) planejamento terapêutico; (3) tratamento cirúrgico com encaminhamento pela unidade de atenção primária ou atenção especializada; e (4) acompanhamento de responsabilidade pela atenção primária.

Fonte: Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado. Processo completo da Linha de Cuidado do Adulto com Obesidade. Disponível em <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/processo-completo>. Acesso 05 Mai 2022.

**Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa** A Linha de cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é organizada de acordo com os perfis: I – Pessoa idosa independente e autônoma para realizar atividades diárias (ações de promoção e proteção da saúde e ações de prevenção de agravos e de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de intervenções terapêuticas, quando couber); II – Pessoa idosa com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar atividades diárias (manutenção das funções ainda preservadas e a reabilitação dos aspectos comprometidos); e III – Pessoa idosa dependente de terceiros para realizar atividades diárias (prevenção terciária e quaternária, gerenciando as condições crônicas e ofertando cuidados prolongados. O acompanhamento domiciliar deve ser planejado, visando à reabilitação possível, os cuidados paliativos e o suporte à família e aos cuidadores). Pontos da RAS e Articulações intersetoriais para atenção integral: atenção básica; atenção domiciliar; atenção especializada ambulatorial e hospitalar; atenção às urgências e emergências; cuidados prolongados e cuidados paliativos.

Fonte: BRASIL. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Média complexidade** Ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. São: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

Fonte: BRASIL. Relatório de Avaliação Atenção à Saúde da População para procedimentos em Média e Alta Complexidade – MAC Ciclo 2020. Disponível em <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmep/politicas/2020/gastos-diretos/relatorio-de-avaliacao-cmag-2020-mac>. Acesso 24 Mai 2022.

**Modelos de Assistência à Saúde** [termo alternativo Modelos de Atenção] Sistemas lógicos que organizam o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da situação demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org/). Acesso em 11 Abr 2022.

**Modelo de atenção à saúde** (...) No âmbito do sistema de saúde brasileiro pode-se identificar a existência de vários modelos, que se diferenciam em função da concepção adotada acerca da finalidade do trabalho (prevenir e/ou curar), à natureza do objeto (processo saúde-doença no plano individual ou coletivo) de trabalho, às características do sujeito (profissionais e trabalhadores de saúde) e da tecnologia empregada, configurando-se distintas relações técnicas e sociais de acordo com a forma de organização do processo de produção de serviços nas diversas sociedades. No Brasil predomina o modelo médico-assistencial privatista e o modelo sanitário, ponto de partida do processo de reforma que pretende construir um modelo de atenção integral à saúde que contemple distintas práticas (promoção, prevenção e assistência) em diversos níveis de complexidade organizacional dos serviços (atenção básica e atenção de média e alta complexidade).

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 130-132. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Modelo de Atenção às Condições Crônicas** Nível 1 **Intervenções de promoção da saúde** para a população geral visando os determinantes sociais de saúde intermediários; Nível 2 **Intervenções de prevenção das condições crônicas** para subpopulação com fatores de risco ligados ao comportamento e estilo de vida visando os determinantes sociais de saúde proximais; Nível 3 **Gestão da condição de saúde para subpopulação crônica** simples e/ou com fator de risco biopsicológico; Nível 4 **Gestão da condição de saúde para subpopulação com condição**

complexa; e Nível 5 **Gestão do caso para subpopulação com condição crônica muito complexa**. Nos 3 últimos níveis, visa-se determinantes sociais individuais com condição de saúde e/ou fator de risco biopsicológico estabelecido.

Fonte: BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rblh-BR)** É uma ação estratégica de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, que engloba coleta, processamento e distribuição de leite humano para bebês prematuros ou de baixo peso que não podem ser alimentados pelas próprias mães, além de atendimento para apoio e orientação para o aleitamento materno.

Fonte: Ministério da Saúde. Banco de Leite Humano. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/banco-de-leite-humano>. Acesso 28 Abr 2022.

**Rede Cegonha** Rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Componentes: I Pré-natal (**Unidade Básica de Saúde**); II Parto e Nascimento (**Maternidade com leitos obstétricos e neonatais** – UTI, UCI e Canguru); III Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança (**Unidade Básica de Saúde**); IV Sistema Logístico: transporte sanitário (**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU**) e **regulação** (modelo “Vaga sempre” com plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 03, de 28/09/2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULO\\_I](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULO_I). Acesso 04 Mai 2022.

**Rede de Atenção à Saúde** Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. São compreendidas no âmbito de uma ou várias Regiões de Saúde.

Fonte: BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28/06/2011**. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso 18 Abr 2022.

**Rede de Atenção à Saúde Bucal** Prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população. No nível de atenção básica, o ponto de atenção na microárea é a **Unidade Básica de Saúde**; no nível da atenção especializada ambulatorial à saúde (**média complexidade**), o ponto de atenção da microrregião são os **Centros Especializados Odontológicos**; no nível atenção especializada hospitalar à saúde (**alta complexidade**), o ponto de atenção da macrorregião são **hospitais** (atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do câncer de boca); sistemas de apoio (**serviços de apoio diagnóstico e terapêutico** por meio de laboratórios próprios ou conveniados de patologia bucal, radiologia odontológica e prótese dentária, articulados à rede); sistemas logísticos (sistema de regulação, referência e

contrarreferência, prontuário clínico eletrônico e transporte sanitário aos usuários); e sistemas de governança.

Fonte: BRASIL. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no âmbito do SUS** Pontos de atenção e suas funções: (1) Atenção básica à Saúde – **ESF, UBS, Consultório na Rua, NASF, Teleconsultoria** (ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, identificação das necessidades de saúde, diagnóstico, estratificação de riscos, tratamento, apoio ao autocuidado, assistência farmacêutica, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, referência à serviços especializados e/ou de maior complexidade - ordenadora da rede e coordenadora do cuidado); (2) Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar – **Centro de Especialidades Médicas, Hospital Geral, Unidades de Pronto Atendimento, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência** (complementar e integrado à atenção básica, contrarreferência); e (3) Sistemas Logísticos (**transporte sanitário, sistemas de informação clínica**).

Fonte: BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso 04 Mai 2022.

**Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)** Componentes: (1) **Promoção, prevenção e vigilância em saúde**; (2) **Atenção básica** (ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades); (3) **Serviço de Atendimento Móvel às Urgências**; (4) **Sala de Estabilização**; (5) **Unidades de Pronto Atendimento** (UPA 24h) e o Conjunto de **Serviços de Urgência 24 Horas**

Fonte: BRASIL. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)** Componentes I – Atenção Primária à Saúde (**Unidade Básica de Saúde**); II – **Atenção Ambulatorial Especializada** (AAE); III – Atenção Hospitalar (**Maternidade ou Hospital Geral** com leitos obstétricos e leitos neonatais, com suporte diagnóstico e terapêutico clínico e cirúrgico, bem como acesso regulado, ágil e oportuno ao cuidado intensivo às intercorrências obstétricas com risco de morbidade grave); IV – Sistema de Apoio; V – Sistema Logístico; e VI – Sistema de Governança.

Fonte: Portaria MS/GM n.º 715, de 04/04/2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28/09/2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil. Disponível em <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso 04 Mai 2022.

**Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** Tem como objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Seus componentes são: componentes: **atenção básica em saúde** (Unidade Básica de Saúde, Consultório na Rua; Atenção Residencial de Caráter Transitório; e Centros de Convivência); **atenção psicossocial especializada** (Centros de Atenção Psicossocial); **atenção de urgência e emergência** (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros); **atenção residencial de caráter transitório** (Unidade de Acolhimento; e Serviços de Atenção em Regime Residencial); **atenção hospitalar** (enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); e **estratégias de desinstitucionalização** (Serviços Residenciais Terapêuticos; e reabilitação psicossocial).

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 3088, de 23/12/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso 20 Mai 2022.

### **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**

Componentes: I – Atenção básica (Núcleo de Apoio à Saúde da Família [NASF] e Atenção Odontológica); II – Atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências (Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, Centros especializados em reabilitação [CER], Centros de especialidade odontológica [CEO] e Oficinas Ortopédicas); e III – Atenção hospitalar e de urgência e emergência.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 793, de 24/04/2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso 27 Abr 2022.

**Rede de serviços de saúde** Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral de determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidade sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Fonte: UFMA. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís, UNA-SUS/UFMA, 2016. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde%20-%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>. Acesso 09 Mai 2022.

**Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)** Integra a rede de serviços do SUS voltados à promoção, assistência e vigilância, para desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador, através da (i) estruturação da rede de **Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)**; (ii) inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros

instrumentos que favoreçam a integralidade; (iii) implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; (iv) instituição e indicação de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e (v) caracterização de municípios sentinela em saúde do trabalhador.

Fonte: Portaria MS/GM n.º 2728, de 11/11/2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728\\_11\\_11\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html). Acesso 10 Mai 2022.

**Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental** Atividades: I vigilância da qualidade da água para consumo humano; II vigilância da qualidade do ar; III vigilância da qualidade do solo; IV vigilância de fatores ambientais físicos e químicos; V vigilância de fatores ambientais biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos); e VI monitoramento de populações humanas expostas aos fatores ambientais biológicos, químicos e físicos.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 04, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso 10 Mai 2022.

**Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária** Atividades: I produtos, tais como alimentos, medicamentos, cosméticos e saneantes; II imunobiológicos e hemoderivados; III toxicologia humana; IV contaminantes biológicos e não-biológicos em produtos relacionados à saúde; V produtos, materiais e equipamentos de uso para a saúde; e VI vigilância em portos, aeroportos e fronteiras.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 04, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso 10 Mai 2022.

**Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade** Atividades de apoio complementar ao diagnóstico de doenças e outros agravos à saúde.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 04, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso 10 Mai 2022.

**Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica** Atividades: I Diagnóstico de doenças de notificação compulsória; II vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis; III monitoramento de resistência antimicrobiana; e IV definição da padronização dos kits diagnósticos a serem utilizados na Rede.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 04, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso 10 Mai 2022.

**Rede Nacional de Serviços de Hemoterapia (Hemorrede)** Serviços de hemoterapia que integram a hemorrede nacional e atendem o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASAN) e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE): (1) Hemocentro

Coordenador HC; (2) Hemocentro Regional HR; (3) Núcleo de Hemoterapia (NH); (4) Unidade de coleta e transfusão (UCT); (5) Unidade de coleta (UC); (6) Central de Triagem Laboratorial de Doadores CLTD; e (7) Agência Transfusional AT.

Fonte: ANVISA. Resolução RDC n.º 151, de 21/08/2001. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/res0151\\_21\\_08\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/res0151_21_08_2001.html). Acesso 09 Mai 2022.

**Rede Própria do Programa Farmácia Popular** Farmácia própria do Governo Federal e desenvolvida em parceria com os municípios, Estados, Distrito Federal e instituições de ensino e de saúde filantrópicas. Operacionalizada pela Fiocruz que executa a compra dos medicamentos e coordena a estruturação dos estabelecimentos, além de abastecer as unidades com os insumos e capacitar os profissionais envolvidos.

Fonte: TRINDADE, Josélia Souza et al. O fim da rede própria do programa farmácia popular do Brasil e o princípio da proibição do retrocesso social. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 7, n. 2, p. 61-81, 2018. Disponível em <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/480>. Acesso 24 Mai 2022.

**Redes Temáticas de Atenção à Saúde** Se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. As redes temáticas priorizadas na pactuação tripartite em 2011 foram: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Redes Prioritárias. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeprioritaria>.

**Tipologia das Redes de Atenção à Saúde** (i) redes temáticas de atenção à saúde (rede cegonha, rede de atenção às urgências e emergências (RUE), rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, rede de atenção psicossocial (RAPS), e rede de cuidados à pessoa com deficiência); (ii) redes de serviços de saúde (redes estaduais de assistência à saúde do idoso, redes estaduais de assistência à queimados, rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde, rede nacional de atenção integral ao trabalhador (RENAST), rede brasileira de centros e serviços de informação sobre medicamentos (REBRACIM), rede de escolas técnicas e centros formadores do SUS (RETSUS), rede de ensino para gestão estratégica do SUS (REGESUS), rede brasileira de avaliação de tecnologias em saúde (REBRATS), rede nacional de vigilância epidemiológica hospitalar (RENAVEH)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 03, de 28/09/2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULOI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULOI). Acesso 19 Abr 2022.

## 9. Participação da comunidade

TG: Princípio organizativo do SUS;

TR:

TE: Controle social; Participação política

TG (Participação social): Diretrizes do SUS; Políticas públicas saudáveis; Promoção em saúde

TE (Participação social): Assistência social; Controle Social

Brasil. Tesouro Eletrônico do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&x=1&s=&n=50&t=&l=60&y=0&w>. Acesso 18 Abr 2022.

**Articulação com movimentos sociais** Atores estratégicos para a gestão participativa, os movimentos sociais devem ser fortalecidos e aproximados da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO)** Sociedade médica civil, sem fins lucrativos, que estimula o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a transplantes de órgãos no Brasil, contribuindo para o estabelecimento de normas, criação e aperfeiçoamento de legislações relacionadas ao assunto.

Fonte: ABTO. Quem somos. Disponível em <https://site.abto.org.br/quem-somos/>. Acesso 03 Mai 2022.

**Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)** Colegiado de natureza consultiva, destinado a promover a articulação e a integração dos órgãos e das entidades da administração pública federal relacionados com a área de segurança alimentar e nutricional, composto por 9 ministros de Estado, e tem por competência elaborar o **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**; coordenar a execução, monitorar e avaliar o resultado e impacto da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; monitorar e avaliar a destinação e a aplicação de recursos em ações e programas de interesse da segurança alimentar e nutricional nos instrumentos de planejamento orçamentário; articular e estimular a integração das políticas e dos planos estaduais e distrital de segurança alimentar e nutricional; e definir os critérios e os procedimentos para participação no **Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**.

Fonte: BRASIL. Decreto n.º 10713, de 7/6/2021. Dispõe sobre a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.713-de-7-de-junho-de-2021-324131698>. Acesso 21 Mai 2022.

**Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)** Instância permanente de caráter consultivo e natureza colegiada que permitirá ao poder público reassumir seu papel na regulação do trabalho em saúde, conforme mandamento constitucional e em consonância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º. 8.080/90), com a finalidade de apreciar ações de **regulação profissional para as profissões e ocupações da área de Saúde**; sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde; e sugerir **iniciativas legislativas visando ao exercício de novas profissões e ocupações**.

Fonte: BRASIL. Câmara de regulação do trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart\\_camara\\_regulacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf). Acesso 19 Mai 2022.

**Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização (CTAI)** De caráter consultivo, tem como objetivo avaliar aspectos técnicos e científicos necessários à implementação do **Programa Nacional de Imunizações** (identificação de prioridades, formulação de diretrizes nacionais nas áreas de pesquisa, produção, aquisição, distribuição e utilização de imunobiológicos, fundamentado em avaliações sistemáticas e em dados técnico-científicos atualizados). É

composto por representante do Ministério da Saúde, que coordenará representante da Coordenação Geral do PNI, do CONASS, do CONASEMS e de órgãos e entidades não governamentais, que estejam envolvidos técnica e cientificamente com a temática e especialistas de notório conhecimento em assuntos relacionados à imunização.

Fonte: BRASIL. Portaria GM/MS n.º 1841, de 05/08/2021. Institui a Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização (CTAI) e a Câmara Técnica em Imunização da Covid-19 (CTAI COVID-19). Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1841\\_09\\_08\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1841_09_08_2021.html). Acesso 31 Mai 2022.

**Câmara Técnica em Imunização da Covid-19 (CTAI COVID-19)** De caráter consultivo, com o objetivo de avaliar os aspectos técnicos e científicos necessários à adoção de medidas para o enfrentamento à Covid-19. É composta pela Secretária Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19 (coordenação), 3 representantes do Ministério da Saúde, 1 representante do CONASS e 1 do CONASEMS e de órgãos e entidades governamentais e não governamentais que estejam envolvidos técnica e cientificamente com a temática, e especialistas de notório conhecimento em assuntos relacionados à imunização.

Fonte: BRASIL. Portaria GM/MS n.º 1841, de 05/08/2021. Institui a Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização (CTAI) e a Câmara Técnica em Imunização da Covid-19 (CTAI COVID-19). Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1841\\_09\\_08\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1841_09_08_2021.html). Acesso 31 Mai 2022.

**Canais de Atendimento** Canais de interação do usuário (i) Ouvidoria Geral do SUS (chat, cartas e atendimento presencial); (ii) Disque saúde 136 (teleatendimento); (iii) Sala de imprensa (assessoria de comunicação social do Ministério da Saúde); e (iv) LocalizaSUS (dados e informações sobre as ações do Ministério da Saúde contra a Covid-19).

Fonte: Ministério da Saúde. Canais de Atendimento. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento>. Acesso 23 Mai 2022.

**Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)** Composto por 7 membros, representantes do Conselho Federal de Medicina, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Criada pela Lei n.º 12.401, de 28/04/2011, dispõe sobre a assistência terapêutica (constituição ou alteração de protocolo clínico ou diretriz terapêutica) e a **incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS**, a partir de evidências científicas, eficácia, acurácia, efetividade, segurança da tecnologia, avaliação econômica comparativa dos benefícios e custos em relação às tecnologias já existentes, em um prazo de 180 dias prorrogáveis por mais 90, e **atualização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)**. No caso de produtos, estes devem possuir registro prévio na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Fonte: CONITEC. A comissão. 2021. Disponível em <http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>. Acesso 29 Abr 2022.

**Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)** Instância que avalia e acredita os programas de **Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde**; autoriza os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registra certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência

em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa.

Fonte: Ministério da Educação. Residência Multiprofissional. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/mec/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/secretarias/secretaria-de-educacao-superior/residencia-multiprofissional>. Acesso 18 Mai 2022.

**Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP-Rua)** Instituído pelo Decreto n.º 7053/2009, extinto e reinstituído pelo Decreto n.º 9894/2019, é órgão consultivo do Ministério da Mulher, composto por 12 representantes do governo federal – intersetorial, sociedade civil e instituição de ensino superior. Tem por competência: (i) elaborar planos de ação periódicos com o detalhamento das estratégias de implementação, acompanhar, monitorar com indicadores e avaliar as ações da Política Nacional para a População em Situação de Rua; (ii) propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas federais para o atendimento da população em situação de rua; (iii) propor formas e mecanismos para a divulgação da referida Política; (iv) catalogar informações sobre a implementação da Política nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios; (v) propor formas de estimular a criação e o fortalecimento dos comitês estaduais, distrital e municipais de acompanhamento e monitoramento da Política; (v) organizar, periodicamente, encontros nacionais para avaliar e formular ações para a consolidação da Política.

Fonte: BRASIL. Decreto n.º 9.894, de 27/06/2019. Dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9894.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9894.htm). Acesso 21 Mai 2022.

**Comitês setoriais** (i) da vigilância em saúde (Comissão Gestora e Comitê Executivo do Plano Setorial da Saúde e Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas); (ii) do aleitamento materno (Comitê Nacional de Aleitamento Materno – CNAM); (iii) do Plano Nacional de Contenção do Poliovírus (Comitê Técnico para Contenção de Poliovírus em Laboratórios Brasileiros); (iv) do Programa Nacional de Controle da Dengue (Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue, Grupo Executivo com a finalidade de acompanhar e propor medidas necessárias para a efetiva implementação as ações do Programa Nacional de Controle de Dengue); (v) do Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo (Comissão Interinstitucional para a Prevenção e o Controle dos Distúrbios por Deficiência do Iodo); (vi) da mortalidade materna e neonatal (Comissão Nacional de Mortalidade Materna, Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução a Mortalidade Materna e Neonatal); (vii) Comitês para Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos e Uso Racional de Antimicrobianos (Comitê para Elaboração e Condução o Plano e Ação Nacional de Prevenção e Controle de Resistência aos Antimicrobianos, Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobiano e Resistência Microbiana); (viii) da saúde da pessoa com deficiência (Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência); (ix) da saúde do trabalhador e da trabalhadora (Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora); (x) da atenção integral à saúde da criança (Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância no âmbito do SUS); (xi) da atenção básica (Comitê Permanente de Telessaúde, Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, Grupo de trabalho para Monitoramento para Mapeamento, Avaliação e Monitoramento os Dados Judiciários e Propositura de Atuações Estratégicas em Face da Judicialização no Âmbito o Projeto Mais Médicos para o Brasil); (xii) da assistência farmacêutica (Grupo Executivo para

o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos); (xiii) Comissão Nacional com finalidade de avaliar e definir diretrizes políticas para a promoção da saúde, prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis; (xiv) da educação permanente em saúde (Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento a Qualificação da Formação de Profissionais da Saúde e de Estudos de Necessidades de Profissionais de Saúde e de Especialistas para o SUS); (xv) da desprecarização do trabalho no SUS (Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS; (xvi) das tecnologias de saúde (Comitê Deliberativo para Análise e Avaliação de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, Comitê Gestor das Vacinas Pentavalente e Heptavalente.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 05, de 28/09/2017.** Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html#TITULOI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITULOI). Acesso 19 Abr 2022.

**Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA)** Comitê multiprofissional para discutir e referendar **ações voltadas à saúde auditiva** de neonatos, lactentes, pré-escolares e escolares, adolescentes, adultos e idosos; com representação da Academia Brasileira de Audiologia (ABA), Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial (ABORL), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Sociedade Brasileira de Otologia (SBO) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Fonte: Lewis, Doris Ruthy et al. Comitê multiprofissional em saúde auditiva: COMUSA. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology** [online]. 2010, v. 76, n. 1, pp. 121-128. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000100020>. Acesso 09 Mai 2022.

**Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS** Fórum de discussão do Ministério da Saúde, instituído para **formular políticas e diretrizes para a desprecarização dos vínculos de trabalho em saúde**, sendo coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, criando assim, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS.

Fonte: BRASIL. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec\\_cart.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf). Acesso 18 Mai 2022.

**Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT)** Comitê de 25 integrantes (representantes do governo federal – intersetorial, movimentos sociais, sociedade civil, com a competência de: (i) acompanhar e monitorar a implantação e a implementação da **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para esses grupos populacionais; (ii) apresentar subsídios técnicos e políticos para apoiar a implementação da referida Política no que tange à promoção, prevenção e atenção à saúde destes grupos populacionais; (iii) contribuir para a pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos diversos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS); (iv) contribuir para a produção de conhecimento sobre a saúde LGBT e o fortalecimento da participação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nas instâncias de controle social no SUS; e participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 2837, de 1/12/2011. Redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT).

Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2837\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2837_01_12_2011.html). Acesso 21 Mai 2022.

**Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN)** Composto por 32 representantes do governo federal – intersetorial e movimentos sociais, tem por finalidade assessorar tecnicamente o Ministério da Saúde dentro das seguintes atribuições: (i) acompanhar a implementação da **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para negras e negros; (ii) apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, Plano Plurianual, Plano Operativo, dentre outros; (iii) colaborar para a pactuação de propostas de intervenção com foco na promoção da equidade racial em saúde nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS); (iv) participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e (v) participar do acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas do Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 1063, de 23/07/2015. Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), nos termos do anexo a esta Portaria.

**Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP)** Composto pelos Secretários-Executivos do Ministério da Economia, Casa Civil e CGU, o CMAP monitora a implementação das alterações em políticas públicas que recomendar; avalia políticas públicas, através dos seus comitês: CMAS (políticas de subsídios) e CMAG (gastos diretos), por critérios previamente determinados, a partir de Programas Finalísticos do Plano Plurianual Anual; representa a integração do ciclo orçamentário por meio da conexão entre a avaliação e o planejamento. Os resultados das avaliações e de suas recomendações darão informações e suporte ao restante do ciclo orçamentário, ou seja, ao controle e à execução financeira e orçamentária.

Fonte: Ministério da Economia. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Disponível em <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap>. Acesso 24 Mai 2022.

**Espaços de participação social** Câmaras; Conselhos e conferências de saúde; Comitês; Comissão; Órgãos colegiados; Fóruns; Redes Sociais; Ouvidorias do SUS.

**Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil – FPAS** Com composição definida pelo governo federal, tem a competência de, no âmbito de sua atividade de assessoramento ao Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis): I - monitorar e avaliar a execução das ações desenvolvidas no âmbito da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS), especialmente quanto à utilização de seus instrumentos estratégicos; II - propor medidas para a promoção do desenvolvimento da inovação tecnológica na área da saúde, com vistas ao fortalecimento e à elevação da produção nacional de produtos e serviços estratégicos para o SUS ao Gecis; III - indicar três representantes titulares e três suplentes para serem membros do Gecis; e IV - aprovar seu regimento interno, que, no mínimo: a) definirá a coordenação do FPAS; b) preverá a periodicidade de suas reuniões; e c) estabelecerá a forma de indicação dos representantes referidos no inciso III.

Fonte: BRASIL. Decreto n.º 9245, de 20/12/2017. Institui a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2017/Decreto/D9245.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/Decreto/D9245.htm). Acesso 12 Mai 2022.

**Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação (FNDC)** Congrega entidades da sociedade para enfrentar os problemas da área no país. São mais de 500 filiadas, entre associações, sindicatos, movimentos sociais, organizações não-governamentais e coletivos que se articulam para denunciar e combater a grave concentração econômica na mídia, a ausência de pluralidade política e de diversidade social e cultural nas fontes de informação, os obstáculos à consolidação da comunicação pública e cidadã e as inúmeras violações à liberdade de expressão.

Fonte: FNDC. Quem somos. Disponível em <http://fndc.org.br/forum/quem-somos/>. Acesso 17 Mai 2022.

**Grupo Terra** Composto por 30 representantes do governo federal – intersetorial, movimentos sociais e controle social, tem por competência: (i) participar da formulação, do monitoramento e da avaliação das ações referentes à implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); (ii) articular e monitorar a implementação das ações decorrentes dos acordos oriundos das pautas de reivindicações negociadas entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais organizados do campo e da floresta; (iii) participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde das Populações do Campo e da Floresta; e (iv) integrar saberes técnico-políticos provenientes de pesquisas e debates com os movimentos sociais para ampliar o conhecimento sobre a situação de saúde das Populações do Campo e da Floresta.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 3071, de 27/12/2012. Redefine a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3071\\_27\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3071_27_12_2012.html). Acesso 21 Mai 2022.

**Órgãos colegiados** Corpo consultivo e/ou deliberativo que tem como objetivo reunir pessoas com competência de emitir pareceres e deliberações sobre políticas públicas e atuam como canais de diálogo e de fiscalização. Deve identificar necessidades e interesses coletivos que resultem em análise e mediação de assuntos afetos à sua atuação, com a participação da sociedade na definição de prioridades. No âmbito da administração pública federal, compõem os colegiados: conselhos, comitês, comissões, grupos, juntas, equipes, mesas, fóruns, salas e qualquer outra denominação dada ao colegiado.

Fontes: Sem autor. Colegiados. **Participa + Brasil**, 2022. Disponível em <https://www.gov.br/participamaisbrasil/colegiados>. Acesso 19 Abr 2022;

BRASIL. **Decreto n.º 9.759, de 11/04/2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm). Acesso 19 Abr 2022.

**Ouvidoria do SUS** Unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde, no âmbito dos governos federal, estadual e municipal, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS; a função é intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. Promovem a cidadania em saúde e produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão. O papel da ouvidoria é garantir ao(à) cidadão(ã) ter sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais.

Fonte: BRASIL. Manual das Ouvidorias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvidoria-dosus/arquivos/2022/manual-das-ouvidorias-do-sus-de-2014.pdf/>. Acesso 16 Mai 2022.

**Participação da comunidade** 1. Envolvimento de membros da comunidade nos afazeres desta comunidade. 2. Participação popular: Compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, a fiscalização e a avaliação das políticas públicas e/ou de serviços básicos (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico e outros).

Fonte: OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org/). Acesso em 11 Abr 2022.

**Participação da comunidade e do cidadão** Refere-se, de modo geral, ao processo de mobilização de vontades coletivas que se expressam sob diversas formas de participação no processo político, seja através de ação direta, seja através dos diversos mecanismos de representação constituídos nas sociedades contemporâneas, inclusive no Brasil. No caso da saúde, a “participação da comunidade” vem sendo proposta desde a década de 1960 do século XX e ocorre sob diversas formas, através do envolvimento ativo da população em ações de saúde e sob a forma de participação política, no processo decisório do setor. No âmbito do SUS, a participação organizada da sociedade vem se institucionalizando nos Conselhos e Conferências de Saúde, instrumentos da chamada gestão participativa, cujo respaldo jurídico encontra-se na Lei n.º 8.142, de novembro de 1990.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 146. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Participação social**, *fem.* Processo no qual interagem os vários segmentos sociais na elaboração, execução e fiscalização e políticas públicas.

Fonte: BRASIL. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

**Participação social (2)**, *fem.* Atuação dos vários segmentos sociais na formulação, na organização e na vigilância e políticas de saúde pública.

Fonte: BRASIL. Glossário temático: ouvidoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/glossarios/glossario\\_ouvsus\\_2ed.pdf](https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/glossarios/glossario_ouvsus_2ed.pdf). Acesso 18 Abr 2022.

## 10. Políticas públicas de saúde

TG: Políticas sociais; Políticas públicas; **Políticas públicas**

TR: Políticas de saúde;

TE: **Planos e Programas de Saúde; Política Brasileira de Aids; Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS; Política de Educação Permanente em Saúde; Política de Redução de Danos; Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil; Política de Saúde para a População do Campo; Política Editorial do Ministério da Saúde; Política Federal de Assistência Farmacêutica; ...**

Brasil. Tesouro Eletrônico do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&x=1&s=&n=50&t=&l=60&y=0&w>. Acesso 18 Abr 2022.

**Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) 2011-2022** Plano para promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer serviços de saúde voltados às doenças crônicas, subdivididas em quatro grupos (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores e risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade), a partir as diretrizes e ações em a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; e c) cuidado integral.

Fonte: BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em [https://bvsm2.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsm2.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso 26 Abr 2022.

**Plano de Expansão de Radioterapia no SUS (PER/SUS)** Plano para ampliar e criar novos serviços de radioterapia em hospitais habilitados no SUS visando a redução dos vazios assistenciais e atender as demandas regionais de assistência oncológica em consonância com Estados e Municípios, com **implantação de 100 soluções de radioterapia, contemplando equipamentos e infraestrutura**, e os recursos públicos como instrumento para internalizar tecnologia e criar alternativas comerciais que possibilitem o fortalecimento e desenvolvimento industrial, com o intuito de reduzir a dependência tecnológica do país.

Fonte: Ministério da Saúde. Plano de Expansão da Radioterapia no SUS. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/per-sus#:~:text=O%20Plano%20de%20Expans%C3%A3o%20da,dos%20vazios%20assistenciais%20e%20atender>. Acesso 28 Abr 2022.

**Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)** coordenado de forma horizontal pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, tem como objetivo promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os **direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos**; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da **saúde integral da mulher** em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência.

Fonte: BRASIL. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, 2015. Disponível em [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism\\_pnpm-versaoweb.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN)** Conjunto de ações do governo federal que buscam **garantir a segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada à população brasileira**, considerando as condições que determinam as situações de insegurança alimentar e nutricional, associadas na maioria das vezes à situação de pobreza e à dificuldade de acesso às políticas públicas, como saneamento, água de qualidade, saúde e educação.

Fonte: BRASIL. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) 2016-2019. Brasília: MDSA, CAISAN, 2017. Disponível em [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca\\_alimentar/caisan/plansan\\_2016\\_19.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/plansan_2016_19.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência ou Plano Viver Sem Limites** Eixos: Acesso à educação, atenção à saúde (prevenção das causas de deficiência; e ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial serviços de habilitação e reabilitação), inclusão social e acessibilidade.

Fonte: BRASIL. Decreto n.º 7.612, de 17/11/2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm). Acesso 27 Abr 2022.

**Política de saúde** No que diz respeito, especificamente à Política de Saúde, alguns autores têm se ocupado em elaborar uma definição abrangente, que considera Política de Saúde como sendo a “ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes sociais, ambientais e culturais, bem como em relação à produção, à distribuição e à regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (...)

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 163. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)** Tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância Alimentar e Nutricional Perguntas & Respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perguntas\\_respostas\\_van.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perguntas_respostas_van.pdf). Acesso 28 Abr 2022.

**Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf)** Aprovada pela Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que efetivou a Assistência Farmacêutica (AF) como política de saúde, destina-se à formulação de políticas setoriais e a definiu como “um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional”. Seus eixos estratégicos são: (i) garantia de acesso e equidade às ações de AF; (ii) manutenção de serviços de AF na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, com articulação e observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS; (iii) qualificação dos serviços de AF existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção; (iv) descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados; e (v) promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinam a prescrição, a dispensação e o consumo.

Fonte: BRASIL. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações

de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_farmaceutica\\_sus\\_relatorio\\_recomendacoes.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf). Acesso 20 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas** Tem como objetivo garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Suas diretrizes são: (i) organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais (DSEI) e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; (ii) preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; (iii) monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; (iv) articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; (v) promoção do uso adequado e racional de medicamentos; (vi) promoção de ações específicas em situações especiais; (vii) promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; (viii) promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; e (ix) controle social.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção às Urgências** Componentes I. **Estratégias promocionais de qualidade de vida**, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; II. **organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências**, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes: II.a componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria Ministerial; II.b componente Pré-Hospitalar Móvel: Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médica; II.c componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)** Define a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como **primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde**.

Fonte: Portaria GM/MS n.º 2436, de 21/09/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso 04 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)** Estabelece diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), dos quais fazem parte todos os hospitais públicos e privados que prestam ações e serços de saúde no âmbito do SUS. Seus eixos estruturantes são: I - Assistência Hospitalar; II - Gestão Hospitalar; III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; IV - Financiamento; V - Contratualização; e VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 02, de 28/09/2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPITULOI). Acesso 20 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes** Objetiva articular e integrar ações nos diferentes níveis de complexidade nos setores públicos e privados para reduzir fatores de risco e a morbimortalidade por essas doenças e suas complicações, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce e atenção de qualidade na atenção básica.

Fonte: BRASIL. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>. Acesso 09 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Crianças (PNAISC)** Política para orientar gestores e trabalhadores sobre ações e serviços de saúde para criança no território, a partir dos determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, com ênfase nas Redes de Atenção à Saúde Materna e Infantil. Visa promover e proteger a saúde da criança e do aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Crianças: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em <https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/>. Acesso 04 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)** Incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. Apoia estados e municípios na implementações de ações de saúde da mulher que respeitem os seus direitos humanos e sua situação social e econômica.

Fonte: BRASIL. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, 2015. Disponível em [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism\\_pnpm-versaoweb.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional** Oferece ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no sistema prisional, e também para os profissionais e outras pessoas relacionadas ao sistema, como voluntários, considerando desde o momento da detenção e condução para o estabelecimento policial até a finalização do cumprimento da pena. Os agravos em saúde da população em geral podem ser potencializados no contexto prisional devido às condições precárias de confinamento e superlotação.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso 28 Abr 2022.

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)** Visa práticas sanitárias voltadas aos adolescentes que cumprem medida socioeducativa em meio aberto e, sobretudo, àqueles que cumprem medidas em meio fechado, com compreensão de que ações de saúde devem considerar os determinantes sociais envolvidos, tais como estruturas insalubres de unidades socioeducativas, contextos de violência interpessoal e institucional, dificuldades das famílias em entender os problemas enfrentados pelos adolescentes e o contexto socioeconômico em que estão inseridos. Tem como objetivo a inclusão dessa população no Sistema Único de Saúde – SUS, organizando e ampliando o acesso aos cuidados em saúde, privilegiando as intervenções intersetoriais e articulando as diversas políticas públicas.

Fonte: BRASIL. Pnaisari: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei: instrutivo para a implantação e implementação da Pnaisari. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrutivo\\_pnaisari.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrutivo_pnaisari.pdf). Acesso 19 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** Visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população às situações de violência e de risco para a saúde.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf). Acesso 24 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano / Romani** Tem como objetivo geral promover a saúde integral do Povo Cigano/Romani, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais, priorizando a redução e o combate à ciganofobia ou romafobia. Tem como eixos estratégicos (i) saúde integral em todas as fases do curso de vida; (ii) atenção obstétrica e prevenção e do tratamento oncológico; (iii) saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher; (iv) ações específicas para a redução das disparidades étnicas nas condições de saúde e nos agravos; (v) fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial; (vi) Política Nacional de Saúde Bucal para o Povo Cigano/Romani; e (vii) elaboração de

informações sobre indicadores e determinantes sociais da saúde do Povo Cigano/Romani, como forma de introduzir e acompanhar os dados sobre este grupo étnico no SUS.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 4384, de 28/12/2018. Altera a Portaria de Consolidação n.º 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384\\_31\\_12\\_2018.html#:~:text=3%C2%BA%20A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,combate%20%C3%A0%20ciganofobia%20ou%20romafobia](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384_31_12_2018.html#:~:text=3%C2%BA%20A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,combate%20%C3%A0%20ciganofobia%20ou%20romafobia). Acesso 21 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas** Orienta para a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma **rede de serviços nas terras indígenas**, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes do SUS e as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos e uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras** Organiza a **rede de atendimento para o cuidado das pessoas com doenças raras** estruturado nos eixos: (I) composto pelas doenças raras de origem genética e organizado nos seguintes grupos: a) anomalias congênitas ou de manifestação tardia; b) deficiência intelectual; e c) erros inatos de metabolismo; e (II) composto por doenças raras de origem não genética e organizado nos seguintes grupos: a) infecciosas; b) inflamatórias; e c) autoimunes. Tem como objetivo reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno redução de incapacidade e cuidados paliativos.

Fonte: BRASIL. Portaria n.º 199, de 30/01/2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199\\_30\\_01\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html). Acesso 20 Mai 2022.

**Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS)** Objetivo: **contribuir para que o desenvolvimento nacional** se faça de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País; **desenvolver e otimizar os processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade;** deve ser vista também como um **componente das políticas industrial, de educação e demais políticas sociais;** e utilização da **pesquisa científica e tecnológica como importante subsídio para a elaboração de instrumentos de regulação e operacionalização,** nas três esferas de governo.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica\\_Portugues.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf). Acesso 13 Mai 2022.

**Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes** Sistematização das diretrizes que norteiam ações de promoção à saúde, da proteção dos direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV/Aids; prevenção da transmissão das DST's e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, tratamento e assistência de pessoas vivendo com HIV/Aids; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área, atendendo os princípios do SUS e o quadro atualizado da epidemia de Aids no Brasil.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_17.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf). Acesso 27 Abr 2022.

**Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)** Instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, se adequou à implantação do Pacto pela Saúde, momento em que a SGTES promoveu uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, incluindo os aspectos relacionados ao financiamento das ações de Saúde (EPS). Além do repasse de recursos financeiros para a gestão da educação na saúde, também determina a elaboração de **Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS)** em articulação com os atores estratégicos no âmbito estadual.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de eps: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso 18 Mai 2022.

**Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS)** Propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as **ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde**, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde / Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, 2012. Disponível em <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/pneps-2012.pdf>. Acesso 06 Mai 2022.

**Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres** Estabelece conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de **assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência**, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres / PR, 2011. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso 12 Mai 2022.

**Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS)** Instrumento norteador para orientar os atores do sistema de saúde na gestão e na tomada de decisão dos **processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização de tecnologias seguras e eficazes**

e retirada de tecnologias no Sistema. Tem como objetivo maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando acesso equitativo da população.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_gestao\\_tecnologias\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf). Acesso 12 Mai 2022.

**Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS** Orienta as ações de governo na promoção, qualificação e aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão. Constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Tem como componentes: (i) Gestão Participativa e Controle Social no SUS; (ii) Monitoramento e avaliação da gestão do SUS; (iii) ouvidoria do SUS; e (iv) Auditoria do SUS.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Política Nacional de Humanização (PNH ou HumanizaSUS)** Estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso 16 Mai 2022.

**Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)** Documento de caráter orientador, que apresenta princípios e diretrizes norteadores de uma organização institucional, tais como: melhoria da qualidade e do acesso ao sistema de saúde brasileiro; transparência e segurança da informação em saúde; acesso à informação de saúde pessoal como um direito do cidadão; suporte da informação para tomada de decisão por parte do gestor e profissional de saúde; e visa o desenvolvimento institucional do SUS e de todo o sistema de saúde brasileiro, com ganhos de eficiência na redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação, gestão e formação de pessoas, aquisição de insumos, monitoramento e avaliação das ações, logística, pagamento e transferência de recursos e outros processos-meio.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_infor\\_informatica\\_saude\\_2016.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf). Acesso 20 Mai 2022.

**Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS)** Regulamenta o uso do poder de compra do Estado em contratações e aquisições que envolvam produtos e serviços estratégicos para o Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito do Complexo Industrial da Saúde

- CIS e dispõe sobre o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde - Gecis e o Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil - FPAS. São instrumentos estratégicos da PNITS: I - as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo - PDP; II - as Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde - ETECS; e III - as Medidas de Compensação na Área da Saúde - MECS.

Fonte: BRASIL. Decreto n.º 9245, de 20/12/2017. Institui a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2017/Decreto/D9245.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/Decreto/D9245.htm). Acesso 12 Mai 2022.

**Política Nacional de Medicamentos** Tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promoção do uso racional e acesso da população àqueles considerados essenciais; contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação – incluindo regulamentação – inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional dos medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf). Acesso 06 Mai 2022.

**Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos** Tem como objetivo garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Para este objetivo ser alcançado, deve-se: (i) ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais; (ii) construir o marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países; (iii) promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva; (iv) promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo; e (v) promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado.

Fonte: BRASIL. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_fitoterapicos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf). Acesso 24 Mai 2022.

**Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)** Objetiva promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais), com estímulo às ações intersetoriais, fortalecimento da participação social, pesquisa em promoção de saúde e disseminação de informações com metodologias participativas e considerando o saber popular e tradicional.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso 06 Mai 2022.

### **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**

Instrumento orientador da atuação do setor saúde no contexto do conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde, com diretrizes e responsabilidades institucionais para **medidas de promoção da saúde e prevenção desses eventos, mediante articulação com diferentes segmentos sociais.**

Fonte: BRASIL. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737, de 16/05/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

### **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde**

Deve ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. Possui 3 dimensões de atuação: **(I) Regulação de Sistemas de Saúde; (II) Regulação da Atenção à Saúde; e (III) Regulação do Acesso à Assistência.**

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 1559, de 01/08/2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso 24 Mai 2022.

### **Política Nacional de Resíduos Sólidos**

Conjunto de princípios, objetivos, instrumentos, diretrizes, metas e ações adotados pelo Governo Federal, isoladamente ou em regime e cooperação com estados, distrito federal, municípios ou particulares, com vistas à **gestão integrada e ao gerenciamento ambientalmente adequado dos resíduos sólidos.**

Fonte: BRASIL. Lei n.º 02/08/2010. Institui a Política Nacional de Resíduos sólidos. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm#:~:text=1o%20Esta%20Lei%20institui,poder%20p%C3%BAblico%20e%20aos%20instrumentos). Acesso 03 Mai 2022.

### **Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados**

Política para garantir a auto-suficiência do país nesse setor e harmonizar as ações do poder público em todos os níveis de governo. Será desenvolvida por meio da **rede nacional de serviços de hemoterapia**, públicos e/ou privados, com ou sem fins lucrativos, de forma hierárquica e integrada, de acordo com regramento do Ministério da Saúde.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 10.205, de 21/03/2001. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110205.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm). Acesso 26 Abr 2022.

### **Política Nacional de Saúde Bucal**

– Brasil Sorridente Expansão e criação de novos serviços de saúde bucal, reorientou o modelo assistencial com a implantação de uma rede assistencial que articula os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersetoriais. Reorganizou a Atenção Básica (**equipes de Saúde Bucal eSB da Estratégia Saúde da Família**), da Atenção Especializada Ambulatorial (por meio da implantação de **Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária**), adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal.

Fonte: BRASIL. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acesso 11 Mai 2022.

**Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** Define princípios, marca, objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde da população negra. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf). Acesso 21 Mai 2022.

**Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** Instituída pela Portaria MS/GM nº 2.866/2011, tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida, considerando as condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf). Acesso 20 Mai 2022.

**Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** Conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde, bem como reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf). Acesso 20 Mai 2022.

**Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência** Tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a tal população na rede de serviços do SUS, a partir de um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no SUS, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf). Acesso 20 Mai 2022.

**Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** Tem por objetivo recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema

Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade, considerando a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; c) o conhecimento atual da Ciência; d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso relacionado à condição de autonomia e independência, para além da presença ou ausência de doença orgânica; e) necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde; f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002; e g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 2.528, de 19/10/2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso 20 Mai 2022.

**Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora** Define princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas 3 esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Deve articular ações individuais de assistência e de recuperação de agravos e ações coletivas de promoção, prevenção, vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividades dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 1823, de 23/08/2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html). Acesso 09 Mai 2022.

**Política Nacional de Saúde Mental** Ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo etc, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas.

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde Mental. O que é a Política Nacional de Saúde Mental. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental>. Acesso 20 Mai 2022.

**Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)** Documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância.

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Política Nacional de Vigilância em Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude-1/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude>. Acesso 12 Jul 2022.

**Política Nacional para a População em Situação de Rua** Considerando população em situação de rua as pessoas que estejam em situação de pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; inexistência de moradia convencional regular; e utilização dos

logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, trata-se de política pública intersetorial que tem por objetivos: (i) assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; garantir a formação e a capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua; desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a População em Situação de Rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos; implantar centros de defesa dos direitos humanos para a População em Situação de Rua; criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) para qualificar a oferta de serviços; implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela População em Situação de Rua, com qualidade; e disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho.

Fonte: BRASIL. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_rua.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf). Acesso 21 Mai 2022.

**Políticas de Promoção da Equidade em Saúde** Conjunto de ações e serviços de saúde priorizados em função da gravidade da doença, e ajudarão a alcançar, de forma igualitária e universal, o desafio maior do SUS: a garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde. Tem por objetivo diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros. Destacam-se a Política de Saúde Integral da População Negra; a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta; a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; a Política Nacional para População em Situação de Rua e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano / Romani.

Fonte: BRASIL. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_prococao\\_equidade\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf). Acesso 20 Mai 2022.

**Políticas de Saúde** [termo alternativo Políticas Públicas de Saúde] Decisões geralmente desenvolvidas por formuladores de políticas do governo, para definição de objetivos imediatos e futuros do sistema de saúde.

OPAS. BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](http://DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (bvsalud.org)). Acesso em 11 Abr 2022.

**Políticas públicas** Conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão dos governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível

de atuação dos diferentes grupo sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 163. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Políticas sociais** Conjunto de propostas de intervenção sobre problemas relacionados com o desenvolvimento social de um determinado país, estado ou município, incluindo políticas de educação, saúde, habitação, transporte, cultura, esporte e lazer. (...).

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 163. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Programa Academia da Saúde (PAS)** É uma estratégia de **promoção da saúde** e produção do cuidado que funciona com a implantação de pontos de atenção no território (polos) com **oferta de práticas de atividade física para a população, parte da Atenção Primária à Saúde em articulação com seus outros programas e ações**, e dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde SAPS. Programa Academia da Saúde. Disponível em <http://aps.saude.gov.br/ape/academia>. Acesso 04 Mai 2022.

**Programa “Ambientes de trabalho livres do tabaco”** Idealizado pelo INCA, envolve um conjunto de ações educativas, normativas e organizacionais que visam estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre trabalhadores de indústrias e empresas, como disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo, incluindo tabagismo passivo, implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas dependências e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários.

Fonte: BRASIL. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>. Acesso 09 Mai 2022.

**Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS)** Instituído pela Portaria n.º 2983, de 11/11/2019, que destina incentivos financeiros para **informatizar todas as equipes de Saúde da Família – eSF e equipes de Atenção Primária à Saúde – e-AP do país**, para utilização do sistema de prontuário eletrônico do cidadão (PEC) da estratégia e-SUS no atendimento direto, preenchido a cada atendimento e qualificar dados em saúde dos municípios e Distrito Federal.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 2983, de 11/11/2019, que institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196>. Acesso 05 Mai 2022.

**Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)** Foi criado em 2009 com o propósito de apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de **capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de**

tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde. Hoje, a iniciativa reúne seis hospitais sem fins lucrativos que são referência em qualidade médico-assistencial e gestão: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Hcor, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês.

Fonte: Hospitais PROADI-SUS. O que é o PROADI-SUS. Disponível em <https://proadi-sus.org.br/sobre-o-programa>. Acesso 25 Mai 2022.

**Programa de Integridade Pública** Conjunto estruturado de medidas institucionais voltadas para a prevenção, detecção, punição e remediação de práticas de corrupção, fraudes, irregularidades e desvios éticos e de conduta. Instituir um programa de integridade não significa lidar com um assunto novo, mas valer-se de temas já conhecidos pelas organizações de maneira mais sistematizada. Os instrumentos de um programa de integridade incluem diretrizes já adotadas através de atividades, programas e políticas de auditoria interna, correição, ouvidoria, transparência e prevenção à corrupção, organizadas e direcionadas para a promoção da integridade institucional.

Fonte: Controladoria-Geral da União. Integridade Pública. Disponível em <https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/campanhas/integridade-publica/integridade-publica>. Acesso 25 Mai 2022.

**Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)** Conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde da Atenção Básica. Já ocorreu o 1º (2011 e 2012) e 2º ciclo (2013 e 2014). Estabeleceu-se indicadores de infraestrutura, gestão para o desenvolvimento da atenção básica, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção à saúde e satisfação do usuário.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Disponível em <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Acesso 05 Mai 2022.

**Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)** Instituído pela Portaria MS/GM n.º 1378/2013, busca melhoria das ações e serviços de Vigilância em Saúde, como iniciativa para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. São pactuados compromissos traduzidos por meio de metas estabelecidas em indicadores de interesse da Vigilância em Saúde, tendo subsídio nas esferas: federal, com o financiamento e apoio técnico a estados e municípios; estadual, com apoio técnico aos municípios e monitoramento dos dados; e municipal, buscando induzir e estabelecer a implementação de ações que garantam a consecução dessas metas em seu território. Com base no desempenho dos municípios (de acordo com seu porte populacional) e estados, o incentivo financeiro do PQA-VS é repassado aos fundos municipais e estaduais e pode ser utilizado para aquisição de equipamentos, insumos, capacitações e gratificações, ou outros relacionados às atividades de vigilância em saúde.

Fonte: Ministério da Saúde. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-de-qualificacao-das-acoes-de-vigilancia-em-saude>. Acesso 01 Jun 2022.

**Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica** Tem o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, sendo profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que já tenham concluído sua graduação na respectiva área e que sejam

portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe; e em municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade. Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 2087, de 01/09/2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011_rep.html). Acesso 23 Mai 2022.

**Programa De Volta para Casa (PVC)** Programa do Ministério da Saúde para reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei n.º 10708, de 31/07/2003, que tem como parte integrante o pagamento de auxílio-reabilitação psicossocial.

Fonte: BRASIL. Manual do Programa “De Volta para Casa”. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_PVC.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB)** Tem o objetivo de oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais cumprindo uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, sendo composto pela (i) Rede Própria (unidades próprias em parceria do Ministério da Saúde e prefeituras municipais e governos estaduais, que disponibiliza 112 itens com valor de custo – até 90% do valor de mercado) e (ii) Aqui tem Farmácia Popular (rede privada de farmácia e drogarias que disponibilizam medicamentos no sistema de copagamento, em que o usuário paga até 10% do valor de referência dos medicamentos que fazem parte do elenco do Programa). A relação dos medicamentos está disposto na Portaria MS/GM n.º 2898/2021.

Fonte: Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/farmacia-popular>. Acesso 23 Mai 2022.

**Programa Mais Médicos** Tem o objetivo de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de (i) diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; (ii) fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; (iii) aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; (iv) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; (v) fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; (vi) promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; (vii) aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e (viii) estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. As ações do programa são: a. reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; b. estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e c. promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 12871, de 22/10/2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n.º 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/112871.htm). Acesso 23 Mai 2022.

**Programa Mulher Segura e Protegida** Integrar e ampliar os serviços públicos existentes destinados às mulheres em situação de violência, por meio da articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira. Estratégias de ação: (1) Casa da Mulher Brasileira; (2) Ampliação da Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180); (3) Organização e Humanização do Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual; (4) Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteira Seca; (5) Campanhas Continuadas de Conscientização; e (6) Unidades Móveis para o Atendimento às Mulheres do Campo e da Floresta.

Fonte: BRASIL. Decreto n.º 8086, de 30/08/2013 [Alterado pelo Decreto n.º 10112, de 2019]. Institui o Programa Mulher Segura e Protegida. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Atto2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atto2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm). Acesso 12 Mai 2022.

**Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)** Estabelece diretrizes para o controle da doença, que incluem procedimentos clínicos padronizados de tratamento, procedimentos laboratoriais, sistema de vigilância, ações de biossegurança e organização dos serviços, exclusivamente oferecidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus componentes são: (I) Administração e orçamento; (II) Atenção à pessoa com tuberculose; (III) Informação estratégica; (IV) Mobilização, advocacy e promoção à saúde; e (V) Planejamento e monitoramento.

Fonte: BRASIL. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Programa Nacional de Controle do Tabagismo** (I) Prevenção da iniciação do tabagismo tendo como público-alvo crianças e adolescentes; (II) Ações para estimular fumantes a deixarem de fumar; (III) Medidas que visam proteger a saúde dos não-fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e (IV) Medidas que regulam os produtos do tabaco e sua comercialização.

Fonte: BRASIL. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>. Acesso 09 Mai 2022.

**Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)** Estratégia de ação do governo federal cujo objetivo é a desprecarização dos vínculos de trabalho na saúde. Para formulação desta política nacional foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS.

Fonte: BRASIL. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/desprec\\_cart.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf). Acesso 18 Mai 2022.

**Programa Nacional de Imunizações** Criado em 1973, com objetivo de sistematizar as ações de vacinação no país pelo Ministério da Saúde com base na experiência da vacinação em massa da população contra a varíola na década de 1960 e segue até os dias de hoje, tendo sido fundamental para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil.

Fonte: Portal Fiocruz. Programa Nacional de Imunizações comemora 48 anos. 2021. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/programa-nacional-de-imunizacoes-comemora-48-anos>. Acesso 28 Abr 2022.

**Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)** Em conformidade com as diretrizes e linhas prioritárias da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, tem por objetivo a garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso País, o desenvolvimento de tecnologias e inovações, o fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, o uso sustentável da biodiversidade brasileira e o desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde.

Fonte: BRASIL. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_plantas\\_medicinais\\_fitoterapico\\_led.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_plantas_medicinais_fitoterapico_led.pdf). Acesso 24 Mai 2022.

**Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária** Política permanente para prevenção e controle dessa endemia, para fortalecer o SUS na capacidade de responder com mais eficiência e apoia-se nos elementos: (i) apoio à estruturação dos serviços locais de saúde; (ii) diagnóstico e tratamento; (iii) fortalecimento da vigilância da malária; (iv) capacitação o de recursos humanos; (v) Educação em saúde, Comunicação e Mobilização Social (ESMS); (vi) controle seletivo de vetores; (vii) pesquisa; (viii) monitoramento do PNCM; e (ix) sustentabilidade da política.

Fonte: BRASIL. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

**Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS)** instituído por meio da Portaria MS/GM nº 1.214/2012, tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica às ações e aos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada à população brasileira. Tem como eixos: (i) Estrutura (ações de estruturação física dos serviços farmacêuticos); (ii) Educação (promoção da educação permanente e da capacitação dos profissionais na lógica das RAS); (iii) Informação (disponibilização de informações sobre as ações e os serviços da Assistência Farmacêutica praticada no âmbito do SUS) e (iv) Cuidado (elaboração de propostas de inserção da Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas).

Fonte: BRASIL. QUALIFAR-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde – eixo estrutura: atenção básica: instruções técnicas [recursos eletrônicos]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualifarsus\\_programa\\_nacional\\_qualificacao\\_farmacutica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualifarsus_programa_nacional_qualificacao_farmacutica.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)** Consiste na suplementação universal com suplementos de ferro em doses profiláticas; fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó; fortificação obrigatória de farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico; e promoção da alimentação adequada e saudável para aumento do consumo de alimentos fontes de ferro, no contexto do compromisso assumido pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição para as ações de prevenção e controle de anemia por deficiência de ferro no âmbito do SUS.

Fonte: BRASIL. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_suplementacao\\_ferro\\_condutas\\_gerais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A** Estratégia de suplementação oral de vitamina A em indivíduos com riscos para a deficiência, para reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar), através da **promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos ou mais com a introdução dos alimentos complementares em tempo oportuno e qualidade; promoção de alimentação adequada e saudável fontes de vitamina A; suplementação profilática periódica e regular das crianças de 6 a 59 meses, com megadoses de vitamina A; e suplementação profilática com megadoses de vitamina A para mulheres no pós-parto imediato**, antes da alta hospitalar.

Fonte: BRASIL. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_condutas\\_suplementacao\\_vitamina\\_a.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_suplementacao_vitamina_a.pdf). Acesso 09 Mai 2022.

**Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS)** Incentivo financeiro repassado por meio de instrumento específico firmado entre o Ministério da Saúde e produtores públicos, para: I - apoiar a **modernização e estruturação produtiva e gerencial**; II - apoiar a qualificação da produção e manter vigente o **Certificado de Boas Práticas de Fabricação (CBPF)** emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); III - fortalecer as **parcerias para o desenvolvimento produtivo** visando desenvolver e absorver produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde; IV - apoiar a qualificação da gestão com vistas a promover maior eficiência e efetividade; V - apoiar o **desenvolvimento tecnológico e a transferência de tecnologias, estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS)**; VI - manter o aproveitamento das complementariedades entre os laboratórios e respeitar as vocações e o perfil produtivo; e VII - apoiar a **infraestrutura pública de tecnologia e inovação** para suporte à produção no país de produtos estratégicos para o SUS.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/GM n.º 506, de 21/03/2021. Institui o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) e seu Comitê Gestor. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0506\\_21\\_03\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0506_21_03_2012.html). Acesso 12 Mai 2022.

**Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS)** Instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.194/2017, tem por objetivo estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. Tal iniciativa se caracteriza pelo repasse financeiro do MS diretamente aos municípios para que realizem ações de EPS nos territórios como incentivo de custeio para a elaboração de **Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS)** e, aos municípios e Distrito Federal, incentivo para a execução de **ações de EPS para as equipes de Atenção Básica**.

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso 18 Mai 2022.

**Programa Previne Brasil** Instituído pela Portaria 2979, de 12/11/2019, pretende estruturar novo modelo de financiamento que substitui a referência do repasse per capita para o repasse

da população efetivamente cadastrada nas equipes de saúde da família e atenção primária (capitação ponderada), pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas como o Programa Saúde Toda Hora e o Informatiza APS.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Previne Brasil. Disponível em <http://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso 05 Mai 2022.

**Programa de Requalificação de UBS (Requalifica UBS)** Uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS) para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. Por meio do programa, o MS propõe uma estrutura física para as unidades básicas de saúde – acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade – que facilite a mudança das práticas das equipes de Saúde, por meio de incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, promovendo condições adequadas para o trabalho em saúde e melhorias do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

Fonte: BRASIL. Requalifica UBS: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/requalifica\\_ubs\\_manual\\_instrutivo.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/requalifica_ubs_manual_instrutivo.pdf). Acesso 23 Mai 2022.

**Programa Saúde na Escola (PSE)** Instituído pelo Decreto n.º 6286, de 5/12/2007, para o fortalecimento de ações na perspectiva o desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. As ações do PSE devem estar inseridas no projeto político-pedagógico da escola, considerando à competência das autoridades políticas, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do país e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. Ações a serem desenvolvidas: avaliação clínica e psicossocial; promoção da saúde de doenças e agravos; formação dos gestores e das equipes de saúde e educação do PSE; e avaliação e monitoramento do programa.

Fonte: BRASIL. Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passoa\\_passo\\_programa\\_saude\\_escola.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passoa_passo_programa_saude_escola.pdf). Acesso 28 Abr 2022.

**Programa Saúde na Hora** Publicado inicialmente em 2019 e com ajustes na Portaria 397, de 16/03/2020, o programa viabiliza incentivo financeiro para municípios e distrito federal que implantarem horário estendido de funcionamento, com possibilidade de adesão em 4 formatos: USF com 60 horas semanais, USF com 60 horas semanais com saúde bucal, USF com 75 horas semanais com saúde bucal e USF ou UBS com 60 horas Simplificado.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Saúde na hora. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/saudehora>. Acesso 05 Mai 2022.

**Programas da atenção a agravos específicos** (i) Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); (ii) Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares; (iii) Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória; (iv) Plano de Expansão da Radioterapia; (v) Programa de Assistência aos Portadores da Doença Alzheimer.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação n.º 05, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html#TITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITULOI).

Acesso 19 Abr 2022.

**Programas da organização da atenção à saúde** (i) da atenção básica (Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB); (ii) da atenção hospitalar (Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos Sem Fins Lucrativos); (iii) do atendimento e internação domiciliar; (iv) da assistência farmacêutica (Programa Farmácia Popular do Brasil, Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica; (v) Centro de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas); (vi) Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; (vii) do controle da dor e cuidados paliativos; e (viii) Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 05, de 28/09/2017**. Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html#TITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITULOI).

Acesso 19 Abr 2022.

**Programas da organização do SUS** (i) a educação permanente em saúde (Programa de Formação e Profissionais e Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), Programas de Bolsas para Educação pelo Trabalho, Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho e da Comunidade (PRM-MFC), Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, Programa de Qualificação e Estruturação a Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS); (ii) Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS); (iii) Programa de Qualificação das ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS); (iv) Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS; e (v) Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 05, de 28/09/2017**. Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html#TITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITULOI).

Acesso 19 Abr 2022.

**Programas das tecnologias em saúde** (i) Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde; (ii) Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde; (iii) Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS); (iv) Programa Nacional e Competitividade em Vacinas (INOVACINA).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 05, de 28/09/2017**. Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html#TITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITULOI).

Acesso 19 Abr 2022.

**Programas de promoção, proteção e recuperação da saúde** (i) de promoção da saúde (Programa Academia da Saúde); (ii) o sangue, componentes e hemoderivados; (iii) da saúde mental (Programa De Volta Para Casa e Comissão de Acompanhamento, Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componentes Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial, Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras

Drogas, Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento as Ações Assistenciais em Saúde Mental, Programa Nacional de Avaliação o Sistema Hospitalar / Psiquiatra (PNASH); (iv) da alimentação e nutrição (Programa Nacional de Suplementação e Ferro (PNSF) da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A); (v) da triagem neonatal (Programa Nacional de Triagem Neonatal); (vi) da segurança do paciente (Programa Nacional de Segurança do Paciente)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 05, de 28/09/2017.** Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html#TITULOI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITULOI).

Acesso 19 Abr 2022.

**Programas e projetos de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde** (i) da eliminação da hanseníase; (ii) da redução da morbimortalidade por acidentes e violência (Projeto de Vida no Trânsito, Projeto de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito – Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde no âmbito do SUS); (iii) da prevenção e controle do câncer (Programa de Mamografia Móvel, Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino; (iv) do Programa de Controle de Pênfigo Foliáceo Endêmico; (v) das ações e serviços e saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para saúde pública; (vi) Plano de Contenção do Pólio vírus; (vii) do diagnóstico, tratamento e controle da Leishmaniose tegumentar americana; (viii) Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD); (ix) Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das IST e do HIV/AIDS; (x) Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais; (xi) Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM); (xii) Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo; (xiii) da vigilância epidemiológica; (xiv) da mortalidade materna e neonatal; (xv) dos comitês de prevenção e controle da resistência aos antimicrobianos e uso racional de antimicrobianos; (xvi) Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 05, de 28/09/2017.** Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html#TITULOI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITULOI).

Acesso 19 Abr 2022.

**Programas e projetos da saúde de segmentos populacionais** (i) da saúde dos povos indígenas; (ii) da saúde da pessoa com deficiência; (iii) da saúde do trabalhador e da trabalhadora; (iv) da atenção integral à saúde da criança (Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 05, de 28/09/2017.** Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html#TITULOI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html#TITULOI).

Acesso 19 Abr 2022.

**Tipologia das políticas de saúde** (i) políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da saúde (promoção da saúde, vigilância em saúde, sangue componentes e hemoderivados, saúde mental, alimentação e nutrição, plantas medicinais e fitoterápicos, e educação popular em

saúde); (ii) políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde (vigilância atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, redução de morbimortalidade por acidentes e violência, prevenção para suicídio, e prevenção e controle do câncer); (iii) políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais (criança, pessoa idosa, mulheres, homem, pessoa com deficiência, povos indígenas, trabalhador e trabalhadora, população em situação de rua, adolescentes em conflito com a lei em regime de internação provisória, e pessoas privadas de liberdade no sistema prisional no âmbito do SUS); e (iv) políticas de promoção da equidade em saúde (população negra, população do campo da floresta e das águas, lésbicas gays bissexuais travestis e transexuais, e povo cigano/romani).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 02, de 28/09/2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPITULOI). Acesso 18 Abr 2022.

**Tipologia das políticas de organização da atenção à saúde** (i) políticas de organização da atenção à saúde (atenção básica, saúde bucal, hospitais de pequeno porte, atenção hospitalar, práticas integrativas e complementares, regulação do SUS, medicamentos, e assistência farmacêutica); (ii) políticas de atenção a agravos específicos (pessoas com transtornos do espectro do autismo, atenção em reprodução humana assistida, atenção cardiovascular de alta complexidade, atenção ao portador de doença neurológica, atenção ao portador de doença renal, atenção de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, atenção em oftalmologia, atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias, atenção integral em genética clínica, e às pessoas com doenças raras).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 02, de 28/09/2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPITULOI). Acesso 18 Abr 2022.

**Tipologia das políticas de organização do SUS** gestão estratégica e participativa (ParticipaSUS), educação permanente em saúde, ciência tecnologia e inovação em saúde, gestão de tecnologias em saúde, e informação e informática em saúde (PNIIS).

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação n.º 02, de 28/09/2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULOI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPITULOI). Acesso 18 Abr 2022.

## 11. Relação público-privada

TG: Sistema Único de saúde

TR: Estrutura híbrida; setor privado

TE: Planos e seguros de saúde;

**Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** Agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde (autarquia sob regime especial) responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, criada pela Lei n.º 9.961/2000. Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando e fiscalizando as operadoras setoriais,

inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País apoiando a gestão.

Fonte: Governo Federal. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1>. Acesso 19 Mai 2022.

**Balança Comercial do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)** União das contas de **importação e exportação de produtos do CEIS**, sendo positiva quando o Brasil mais exporta do que importa e negativa quando mais importa do que exporta. Reflete a **capacidade nacional de produção** de tecnologias e inovações no setor saúde e o acesso às tecnologias e inovações produzidas internacionalmente.

**Complementação dos serviços públicos de saúde** Quando as disponibilidades de oferta de serviços próprios forem insuficientes para garantir o atendimento à população, o gestor de saúde poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde (Lei nº 8.080/90 – artigo 24 e 25), respeitando as competências que lhes são atribuídas pela lei, a legislação aplicável às licitações e os limites de seu território no planejamento de ações garantidoras da suficiência da assistência.

Fonte: WIKI Saúde. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. Disponível em [https://wiki.saude.gov.br/contratacao/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/contratacao/index.php/P%C3%A1gina_principal). Acesso 20 Mai 2022.

**Complexo Econômico e Industrial da Saúde (CEIS)** Articulação sistêmica do **conjunto de estruturas de saúde pública do país**, abrangendo **hospitais, laboratórios, indústrias farmacêuticas, escolas de saúde** etc, para atender à demanda da sociedade por bens e serviços do setor, ao mesmo tempo em que garante uma base produtiva responsável pela oferta de medicamentos, equipamentos e insumos. Propõe a integração das dimensões econômica, social e de inovação para garantir um modelo inclusivo e sustentável ao Sistema Único de Saúde (SUS) e acesso a produtos estratégicos.

Fonte: FIOCRUZ. Produção estratégica. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/producao-estrategica>. Acesso 13 Mai 2022.

**Contratação pública** Conjunto de fases, etapas e atos estruturados de forma lógica para permitir que à Administração, a partir da identificação precisa da sua necessidade e demanda, possa definir com precisão o encargo desejado, minimizar seus riscos e selecionar, isonomicamente, se possível, a pessoa capaz de satisfazer sua necessidade pela melhor relação custo-benefício.

Fonte: MENDES, Renato Geraldo. O processo de contratação pública: fases, etapas e atos. Curitiba: Zênite, p. 347-348, 2012.

**Contrato de Gestão** Instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. Deve conter: (i) especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade; e (ii) estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.

Fonte: BRASIL. Lei n.º 9.637, de 15/05/1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm). Acesso 20 Mai 2022.

**Defesa do SUS 100% Estatal** Nas propostas apresentadas no tema 2 (Reformulação do Sistema Nacional de Saúde) do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 propunha o fim da compra de serviços privados para o Sistema Único de Saúde (SUS), redirecionamento dos investimentos públicos em estabelecimentos privados de saúde para estabelecimentos públicos, estatização de setores estratégicos para a saúde pública, estratégias de gestão inovadoras para implantação e implementação do SUS e ressarcimento de fraudes e corrupção do sistema anterior vigente (INAMPS).

Fonte: BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso 19 Mai 2022.

**Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)** Empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, é responsável pela gestão de 40 hospitais universitários federais. Entre as atribuições assumidas pela empresa, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais; o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais. A adesão das universidades a Ebserh é realizada por assinatura de Termo de Adesão e Contrato, onde são estipuladas as obrigações dos signatários, as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução e a sistemática para o acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas.

Fonte: Ministério da Educação. Sobre os Hospitais Universitários Federais. Disponível em <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>. Acesso 12 Mai 2022.

**Frente Nacional contra a Privatização da Saúde** Composta por diversos **Fóruns estaduais** em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade.

Fonte: Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Quem somos. Disponível em <https://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>. Acesso 19 Mai 2022.

**Formas de privatização no setor saúde** (i) **da gestão**; (ii) **do financiamento** (aumento do gasto privado, que no Brasil está relacionado ao crescimento da saúde suplementar. A indução estatal é exemplificada pelas políticas de estímulo à demanda, como a dedução fiscal dos gastos do consumidor de planos de saúde); (iii) **da provisão** (contratação, pelo poder público, de estabelecimentos privados para prestação de serviços para o SUS); e (iv) **do investimento**.

Fonte: Contreiras, Henrique e Matta, Gustavo Corrêa. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2015, v. 31, n. 2, pp. 285-297. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>. Acesso 19 Mai 2022.

**Importação de Medicamentos** Produtos importados sujeitos à vigilância sanitária destinados ao comércio, à indústria ou ao consumo direto, deverão ter a anuência da Anvisa para sua importação. Para isso, devem estar **regularizados perante a autoridade sanitária no tocante à**

obrigatoriedade, no que couber, de registro, notificação, cadastro, autorização de modelo, isenção de registro, ou qualquer outra forma de controle regulamentada pela Anvisa.

Fonte: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Importação de produtos. Informações gerais. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/importacao/importacao-de-produtos/informacoes-gerais>. Acesso 19 Mai 2022.

**Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)** Índice composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões (qualidade da atenção à saúde; garantia de acesso; sustentabilidade no mercado; e gestão de processos e regulação) e é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da ANS ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde. O IDSS permite a comparação entre operadoras, estimulando a disseminação de informações de forma transparente e a redução da assimetria de informação, falha de mercado que compromete a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas no momento da contratação ou troca de um plano de saúde e a ampliação da concorrência baseada em valor no setor.

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar; Programa de Qualificação de Operadoras. Disponível em <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>. Acesso 19 Mai 2022.

**Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal** Apresenta dados nacionais de operadoras de planos de saúde, hospitais e maternidades privados com informações relativas ao parto e nascimento no setor de saúde suplementar e possibilita a realização de pesquisas e produção de conhecimento sobre parto e nascimento no Brasil, gerando insumos para a regulação realizada pela ANS e favorecendo o acesso de informações precisas e qualificadas para pesquisadores, imprensa e sociedade em geral.

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atenção Materna e Neonatal: ANS disponibiliza dados importantes na saúde suplementar. 2021. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/atencao-materna-e-neonatal-ans-disponibiliza-dados-importantes-na-saude-suplementar>. Acesso 19 Mai 2022.

**Parcerias Público-Privadas (PPP)** Criadas pela Lei nº 11.079/2004, ocorrem através de uma contratualização entre o poder público e um ente privado, com contrato que requer um prazo certo e compatível com o retorno do investimento privado. Por estarem no contexto da reforma gerencial, trazem conceitos como eficiência e eficácia na lei de criação, com justificativa de melhorar os serviços prestados pelo Estado através das contratualizações, objetivo da reforma gerencial. Refere-se, portanto a um tipo específico de relacionamento, onde o parceiro privado, denominado de Sociedade de Propósito Específico (SPE) assume o compromisso de colocar à disposição da administração pública ou da comunidade a operação de um serviço e/ou execução ou manutenção de uma obra. Em contrapartida, o Estado paga uma remuneração vinculada ao seu desempenho no período de referência.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 19 Mai 2022.

**Marco regulatório da Saúde Suplementar** Lei nº 9.656/98 modificada pela Medida Provisória 2.177-44 de 24/08/2001 e pela Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar e que regulamentam o funcionamento geral do setor, definem o plano de referência, definem as garantias ao beneficiário (como proibição do rompimento unilateral do contrato, proibição de suspensão de internações, dentre outros); 32

**resoluções do CONSU** (Conselho Nacional de Saúde Suplementar) e trinta portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, no período pré-Agência; com a criação da ANS, foram editadas cerca de 95 **Resoluções da Diretoria Colegiada** (RDC), 150 **Resoluções Normativas** (RN), dez **Súmulas Normativas** (expressam o entendimento da Direção Colegiada da ANS sobre aspectos controversos ou vagos da legislação), 454 **Resoluções Operacionais** (RO), além de 54 **Instruções Normativas** e 21 **Resoluções de Diretoria** (RE) das várias diretorias que compõem o organograma da ANS.

Fonte: Santos, Fausto Pereira dos, Malta, Deborah Carvalho e Merhy, Emerson Elias. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2008, v. 13, n. 5, pp. 1463-1475. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500012>. Acesso 19 Mai 2022.

**Movimento Parto Adequado** Desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, tem o objetivo de identificar **modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento**, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar. Essa iniciativa visa ainda a oferecer às mulheres e aos bebês o cuidado certo, na hora certa, ao longo da gestação, durante todo o trabalho de parto e pós-parto, considerando a estrutura e o preparo da equipe multiprofissional, a medicina baseada em evidência e as condições socioculturais e afetivas da gestante e família. Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto Adequado. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1/parto-adequado>. Acesso 19 Mai 2022.

**Novos modelos de assistência em saúde suplementar** Modelos assistenciais propostos em convergência com os modelos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Organizações não governamentais (ONGS)** Diz-se de entidades organizadas por particulares ou associações civis que se dedicam a determinadas causas sociais, inclusive a prestação de serviços de saúde para grupos populacionais específicos ou para a população em geral.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 188. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 20 Mai 2022.

**Organizações sociais (OS)** Trata-se de uma **entidade privada sem fins lucrativos, criada livremente pelo particular que deve observar os regramentos impostos pela Lei nº 9637/1998**. Essa qualificação não depende de concurso ou certame público, nem se trata de ato vinculado, podendo, de acordo com o poder discricionário do administrador, ser ou não qualificada como tal. As OS podem atuar nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, saúde e cultura. Após qualificada, pode executar serviços públicos no lugar de algum órgão ou ente público. Podem receber recursos, bens e servidores públicos para o desempenho de suas atividades. A ferramenta utilizada para que a OS possa atuar nas áreas mencionadas denomina-se Contrato de Gestão, que viabiliza a publicização dos serviços estatais para este ente público não estatal. Neste, deve respeitar os princípios da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência) e conter rol de metas pré-acordadas entre ambas as partes.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 188. Disponível em

<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 20 Mai 2022.

**Pesquisa e Desenvolvimento nas Organizações Sociais** Desde 2012, a Lei Orçamentária Anual/LOA do FNDCT previa o aporte de recursos para as Organizações Sociais que mantinha contrato de gestão com o MCTIC. Atualmente, são seis as Organizações Sociais que têm apoio do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT): (i) CGEE - Centro de Gestão e Estudos Estratégicos; (ii) CNPEM - Centro Nacional de Pesquisa em Energia e Materiais; (iii) EMBRAPPII - Associação Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial; (iv) IDSM - Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá; (v) IMPA - Associação Instituto Nacional de Matemática Pura e Aplicada; e (vi) RNP - Associação Rede Nacional de Ensino e Pesquisa.

Fonte: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. P&D nas Organizações Sociais. Disponível em [https://antigo.mctic.gov.br/mctic/opencms/fundos/fndct/paginas/PD\\_nas\\_organizacoes\\_sociais.html](https://antigo.mctic.gov.br/mctic/opencms/fundos/fndct/paginas/PD_nas_organizacoes_sociais.html). Acesso 20 Mai 2022.

**Relação Público/Privado** O SUS prevê uma estrutura híbrida e gestão da saúde, baseada no funcionamento simultâneo de uma rede de atendimento pública e gratuita ao cidadão e outra privada, que atua de maneira complementar e conforme as diretrizes do SUS. Com as restrições dos serviços e recursos investidos pelo Estado para atender as demandas de saúde da população brasileira, o setor privado vem atuando sob a forma e planos e seguros de saúde, bem como hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios particulares. (...).

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 188. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS)** Ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde forem realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/1998. A ANS recebe do DATASUS base de dados com informações sobre **atendimentos ocorridos na rede do SUS** e faz conferência dessas informações com o seu **banco de dados de beneficiários de planos de saúde**. Após a checagem, são encaminhadas às operadoras de planos de saúde notificações, denominadas de **Aviso de Beneficiário Identificado (ABI)**, para que efetuem o pagamento dos valores apurados ou apresentem defesa. Ao final do processo administrativo, caso seja constatado que os atendimentos identificados de fato se encontravam cobertos pelos contratos, são emitidas **Guias de Recolhimento da União (GRU)**. As operadoras que não pagarem as guias serão inscritas em dívida ativa e no **Cadastro Informativo de Créditos não quitados do Setor Público federal (CADIN)**, bem como ficam sujeitas à cobrança judicial. Por fim, os valores arrecadados pela ANS são encaminhados ao **Fundo Nacional de Saúde (FNS)** do Ministério da Saúde.

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Espaço Ressarcimento ao SUS. 2021. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1#:~:text=O%20Ressarcimento%20ao%20Sistema%20C3%9Anico,conforme%20artigo%2032%20da%20Lei>. Acesso 19 Mai 2022.

**Serviço Social Autônomo "Associação das Pioneiras Sociais"** pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, criada pelo Decreto nº

371, de 20 de dezembro de 1991, nos termos da Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991, rege-se por este Regulamento e pelas disposições legais aplicáveis. Tem por objetivos: prestação de serviços de assistência médica qualificada e gratuita na área de medicina de reabilitação; implementação de atividades conexas à especificada no inciso I deste artigo, nomeadamente: a. administração dos bens móveis e imóveis integrantes da **Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação (Rede SARAH)**, neles incluídos os transferidos pela União em virtude da extinção da Fundação das Pioneiras Sociais, em conformidade com o Decreto nº 370, de 1991; b. permanente atualização tecnológica de equipamentos da Rede SARAH; c. formação de recursos humanos especializados; d. realização de campanhas de educação preventiva; e. desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas; f. produção de estatísticas relativas à qualidade e aos custos dos serviços prestados; g. elaboração de estudos comparativos e avaliação qualitativa da prática médico-hospitalar; h. formulação de anteprojetos de normas e recomendação de medidas, visando à redução das causas das patologias mais frequentes no âmbito de sua atuação.

Fonte: Regulamento da Associação das Pioneiras Sociais. 2014. Disponível em <https://www.sarah.br/media/4023/regulamento-aps-2019.pdf>. Acesso 19 Mai 2022.

**Sistema de aquisição de compras de medicamentos** Organizado em 3 componentes: **Básico** (inclui medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde, responsabilidade dos 3 entes da federação de financiar e do ente municipal de adquirir e distribuir), **Estratégico** (medicamentos e insumos destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas, que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas de um nicho específico da sociedade, que são financiados, adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde, e deve ser recebido, armazenado e distribuído pelos demais entes da federação) e **Especializado** (medicamentos para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, e é caracterizado pela busca da garantia do tratamento medicamento, em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) além do Programa Farmácia Popular (braço da assistência farmacêutica do SUS e faz parte do Componente Básico)

**Terceiro Setor** Conjunto de **iniciativas privadas, sem fins lucrativos**, regidas pelo Código Civil Brasileiro, que realizam serviços de caráter público, em prol do bem comum e da cidadania, para suprir as demandas e anseios da população através da **transferência da gestão de serviços essenciais para essas instituições**. A terceirização de setores sociais, no Brasil, pode ocorrer por meio de um conjunto diversificado de instituições, como as **fundações, associações comunitárias, organizações não-governamentais, entidades filantrópicas, partido políticos**, entre outras.

Fonte: IBROSS. Atuação do Terceiro Setor na gestão da saúde pública. 2018. Disponível em <https://www.ibross.org.br/atuacao-do-terceiro-setor-na-gestao-da-saude-publica/>. Acesso 20 Mai 2022.

**Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS)** Estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais da saúde suplementar.

Fonte: Portal Brasileiro de Dados Abertos. Terminologia Unificada da Saúde Suplementar. Disponível em <https://dados.gov.br/dataset/terminologia-unificada-da-saude-suplementar-tuss>. Acesso 20 Mai 2022.

## 12. Trabalho e educação em saúde

TG:

TR:

TE:

**Ambientes de Trabalho Saudáveis** A elaboração de políticas públicas integradas e eficientes para garantir ambientes de trabalho saudáveis, seguros e sustentáveis é subsidiada pelo conhecimento da dinâmica de interação entre as condições de vida, ambiente, moradia, alimentação, trabalho, renda, transporte e as repercussões para a saúde de indivíduos e populações. O trabalho pode ser fonte **promotora de saúde**, que constrói a autonomia e identidade do sujeito.

Fonte: Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 40 Volume 51 | Nº 18 | Abr. 2020. Promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros na prevenção das doenças e agravos relacionados ao trabalho. Disponível em [https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_18\\_st.pdf](https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim_epidemiologico_svs_18_st.pdf). Acesso 18 Mai 2022.

**AVASUS** Plataforma de cursos elaborados a partir das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) ofertados por instituições de ensino com referência em educação a distância e têm por objetivo **qualificar a formação de profissionais e trabalhadores do SUS**.

Fonte: AVASUS. Sobre nós. Disponível em <https://avasus.ufrn.br/?redirect=1>. Acesso 06 Mai 2022.

**Capacitação de conselheiros de saúde** Processos que possibilitem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a seus princípios e diretrizes, também uma **compreensão ampliada de saúde**, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como **de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida**. É de responsabilidade intransferível dos próprios Conselhos, devendo estar voltada para a socialização de informações e conhecimentos e a efetividade da gestão participativa e do controle social, reiterada nos textos da legislação vigente.

Fonte: BRASIL. Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Diretrizes\\_Capacitacao.PDF](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Diretrizes_Capacitacao.PDF). Acesso 18 Mai 2022.

**Catadores de materiais recicláveis e reutilizáveis** Atuam nas atividades de **coleta seletiva, triagem, classificação, processamento e comercialização dos resíduos reutilizáveis e recicláveis**, contribuindo de forma significativa para a cadeia produtiva da reciclagem. A atividade é reconhecida na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) desde 2002, contribui para o aumento da vida útil dos aterros sanitários e para a diminuição da demanda por recursos naturais, na medida em que abastece as indústrias recicladoras para reinserção dos resíduos em suas ou em outras cadeias produtivas, em substituição ao uso de matérias-primas virgem.

Fonte: Ministério do Meio Ambiente. Catadores de Materiais Recicláveis.

**Curso 30 hs Implementando o Programa Saúde na Escola** Aborda os principais aspectos do Programa Saúde na Escola, desde a **origem até a implementação**, com especial destaque para **elementos estruturantes relacionados ao planejamento intersectorial** e a construção dos **espaços de governança para a gestão compartilhada** do PSE pela saúde e a educação.

Fonte: AVASUS. Implementando o Programa Saúde na Escola. Disponível em <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=321>. Acesso 06 Mai 2022.

**Demandas do mundo do trabalho na área da saúde** Reivindicações de melhorias no mundo do trabalho, considerando o diagnóstico situacional das condições atuais de trabalho na saúde dos serviços tanto públicos como privados; os vínculos empregatícios, com destaque para o trabalho cooperado e a “pejotização”; tendência do incremento tecnológico nesse setor e da crescente especialização e diversificação das atividades típicas da saúde, bem como o aumento da qualificação da força de trabalho, como desenvolvimento de novos produtos, a legitimação do teletrabalho, organização de plataformas digitais e aplicativos que intermedeiam a obtenção de dados de saúde de uma determinada população; ausência de iniciativas amplas para formação e alocação de profissionais de saúde em áreas remotas de nosso país; entre outros.

Fonte: Campos, Francisco Eduardo. Profissões e mercado de trabalho em saúde: perspectivas para o futuro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/07/Campos-et-al-Profiss%C3%B5es-e-mercado-de-trabalho-em-sa%C3%BAde-TD-64.pdf>. Acesso 19 Mai 2022.

**Desprecarização do Trabalho no SUS** Sensibilização de gestores e trabalhadores de saúde e busca de alternativas pactuadas entre gestores e trabalhadores para a superação dos problemas decorrentes do trabalho precário no SUS, entendido como más condições de trabalho e tipos de vínculos que não garantem direitos trabalhistas e previdenciários previstos em lei, por meio de vínculo direto ou indireto, ausência de serviço público ou processo seletivo para cargo público para cargo público.

Fonte: BRASIL. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec\\_cart.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf). Acesso 18 Mai 2022.

**Educação à distância** UnaSUS (<https://www.unasus.gov.br/>), RedeNutri ([http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-view\\_articles.php](http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-view_articles.php)), Telessaúde (<https://www.saude.gov.br/telessaude/nucleos-de-telessaude>) e Secretaria de Atenção Primária à Saúde (<https://aps.saude.gov.br/>).

Fonte: Bortolini, Gisele Ane et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. v. 44, e39. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>. Acesso 26 Abr 2022.

**Educação continuada** Processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.

Fonte: BRASIL. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_gestao\\_trabalho\\_educacao\\_saude\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf). Acesso 01 Jun 2022.

**Educação em Saúde** A educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente.

OPAS. BIREME. DeCS – **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em [DeCS – Descritores em Ciências da Saúde \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org/). Acesso em 11 Abr 2022.

**Educação em Saúde Ambiental** Área transversal de conhecimento técnico e científico que contribui efetivamente na transformação e no desenvolvimento da **consciência crítica do cidadão**, estimulando a **participação, o controle social** e a **sustentabilidade socioambiental e sanitária das ações fomentadas**, utilizando, entre outras estratégias, a mobilização social, a comunicação educativa/informativa e a formação permanente. As ações fomentadas devem ser compreendidas como estratégicas, no campo da saúde ambiental e do saneamento, e entendidas como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico que, no âmbito das práticas de saúde ambiental, é um processo permanente e contínuo na relação instituição, sujeitos e coletividade, para construção de valores, saberes, conhecimentos e práticas que fortaleçam as relações sustentáveis da sociedade na interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável. Deste modo, deve ser vivenciada e compartilhada por gestores, técnicos, trabalhadores, setores organizados da população e usuários do SUS, baseando-se, entre outros princípios, no diálogo, reflexão, respeito à cultura, compartilhamento de saberes, ação participativa, planejamento e decisão local.

Fonte: Fundação Nacional de Saúde. Educação em Saúde Ambiental. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/educacao-em-saude-ambiental>. Acesso 18 Mai 2022.

**Educação Permanente em Saúde (EPS)** **Aprendizagem no trabalho**, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho, considerando uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. É instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local – precisa ser pensada e adaptada, portanto, às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde

Fonte: BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso 18 Mai 2022.

**Educação popular em saúde** Compreendida como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais.

Fonte: COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, 2012. Disponível em <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/pneps-2012.pdf>. Acesso 26 Abr 2022.

**Educare** **Plataforma** de colaboração, criação e diálogo, que integra as diferentes etapas do ciclo de vida dos **Recursos Educacionais Abertos** (produção, gestão, compartilhamento, recuperação, rastreabilidade e avaliação). Na Plataforma será possível acessar os recursos educacionais produzidos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), como aulas, cursos completos, vídeos, áudios, apresentações, jogos e outros; e parceiros institucionais através de diferentes redes, tais como Campus Virtual de Saúde Pública - CVSP/OPAS, Universidade Aberta do SUS - UNASUS/MS e BIREME/OPAS. A Plataforma permite ainda criar recursos e compartilhar em redes sociais, sendo de grande utilidade a docentes e discentes em suas pesquisas e aulas.

Fonte: FIOCRUZ. Educare. Sobre o Educare. Disponível em <https://educare.fiocruz.br/about-us>. Acesso 17 Mai 2022.

**Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil** Tem como base legal as políticas nacionais de atenção básica (PNAB), promoção da saúde (PNPS), alimentação e nutrição (PNAN) e aleitamento materno (PNAM), e tem como princípio a educação permanente em saúde com formação de tutores e oficinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. Baseiam-se em uma metodologia crítico-reflexiva, desenvolvida por meio de atividades teóricas e práticas, leituras e discussão dos textos, troca de experiências, dinâmicas de grupo, conhecimento da realidade local, sínteses e planos de ação.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Disponível em <http://aps.saude.gov.br/ape/promocaosaude/amamenta>. Acesso 04 Mai 2022.

**Formação de Profissionais para APS** Sistema de gestão das adesões para concessão de incentivo financeiro de custeio adicional mensal para os municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: e-Gestor AB. Formação Profissional APS. Disponível em <https://sisaps.saude.gov.br/formacaoprofissionalaps/>. Acesso 05 Mai 2022.

**Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS** Instituída por Resolução nº 52, em 06 de maio de 1993, tem objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS, de caráter paritário e permanente, com governo federal, gestores estaduais e municipais, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS, sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde, configurando-se como um espaço democrático a partir do qual esperava-se concretizar o atendimento de reivindicações dos trabalhadores manifestadas em inúmeras conferências nacionais, estaduais e municipais em que colocaram as relações e as condições de trabalho no centro das discussões, sobre temas como plano de carreiras, cargos e salários, jornada de trabalho, saúde do trabalhador, formação e qualificação profissionais de saúde, entre outras.

Fonte: BRASIL. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto\\_mesa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto_mesa.pdf). Acesso 19 Mai 2022.

**Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)** Instrumento de gestão do trabalho, que tem como finalidade valorizar o trabalhador e instaurar o processo de carreira nas instituições; conjunto de normas que orienta e disciplina a trajetória do trabalhador em sua carreira, bem como a respectiva remuneração, promovendo oportunidades de qualificação profissional; potente ferramenta de gestão, principalmente quando agregado a outros subsídios, como a gratificação, a avaliação de desempenho e a progressão por qualificação.

Fonte: Vieira, Swheelen de Paula et al. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. 112, pp. 110-121. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711209>. Acesso 19 Mai 2022.

**Plataforma RENAST** Plataforma online tem por objetivo disponibilizar ferramentas, incentivar e práticas de comunicação, formação permanente, democratização e utilização de informações para apoiar o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

Fonte: Plataforma RENAST online. Disponível em <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/quem-somos/sobre-projeto>. Acesso 17 Mai 2022.

**Processo de trabalho em saúde (...)** Questões bem atuais referentes ao processo de trabalho em saúde abordam as mudanças do mundo do trabalho que se iniciam em meados dos anos 1970 e suas repercussões no setor saúde, particularmente: a crescente **incorporação tecnológica**, o **desemprego estrutural**, a **flexibilização e precarização do trabalho**, entre outros fenômenos que ocorrem no mundo do trabalho em geral e se reproduzem no setor saúde com especificidades.

Fonte: TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SILVEIRA, Paloma (org.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EdUFBA, 2016. p. 168, 169. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso 09 Abr 2022.

**Produção do cuidado em saúde (...)** Tem o usuário como componente central e é construído a partir dos vários encontros entre usuários e trabalhadores da saúde, que se espera contribuir para **autonomizar esse usuário e possibilitam sua tomada de decisão compartilhada com os trabalhadores da saúde**. (...) Como consequência, temos uma liberdade que leva a processos de inovação e mudança na produção do cuidado no cotidiano das equipes de saúde, possibilitando ao trabalhador um autogoverno sobre o seu processo de trabalho.

Fonte: Agonigi, Regina Cavalcante et al. The production of care in the routine of Family Health Teams. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018, v. 71, suppl 6, pp. 2659-2665. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0595>. Acesso 19 Mai 2022.

**Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde)** Instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802/2008, o PET-Saúde tem como pressuposto a **educação pelo trabalho**, sendo uma iniciativa voltada para o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade por meio de atividades que envolvem o ensino, a pesquisa, a extensão universitária e a participação social. É um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde e também iniciação ao trabalho, dirigido aos estudantes. Tem como perspectiva a inserção das necessidades dos serviços do SUS como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. Para isso, disponibiliza bolsas para tutores (professores), preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PETSaúde. 2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degges/integracao-ensino-servico/programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-petsaude>. Acesso 18 Mai 2022.

**Programa Nacional de Bolsas para Residências em Área Profissional da Saúde (Pró-Residência)** Tem o objetivo de incentivar a formação de especialistas para esta modalidade, caracterizada pela **integração ensino-serviço-comunidade**, em campos de atuação estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nas áreas e redes de atenção à saúde prioritárias, definidas em comum acordo com os gestores do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas. Oferta bolsa durante os residentes do programa vinculados às instituições públicas estaduais, municipais ou distritais e instituições privadas sem fins lucrativos autorizadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC).

Fonte: Governo do Brasil. Saúde e Vigilância Sanitária. Obter bolsas do Pró-Residência. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-bolsas-do-pro-residencia>. Acesso 18 Mai 2022.

**Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais** Busca sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na **atenção à saúde da comunidade** e desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS, inserindo-o entre as estratégias do Ministério da Saúde para a **redução da morbimortalidade materna e neonatal**. Visa resgatar e valorizar **os saberes tradicionais**, articulando-os aos científicos, considerando a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de saúde, de novos conhecimentos e de tecnologias; a diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do

País, que exige a adoção de diferentes **modelos de atenção obstétrica e ao recém-nascido**, colocando a necessidade de implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se resgatar a dívida histórica das políticas de saúde em relação às mulheres e crianças assistidas por parteiras tradicionais.

Fonte: BRASIL. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras

Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf).

Acesso 18 Mai 2022.

**Protagonismo do trabalhador** **Processo decisório** e da efetivação das decisões centradas nos trabalhadores da saúde, com condições e meios para que estes trabalhadores possam figurar como principais da apresentação.

**Regulação do Trabalho em Saúde** Diz respeito às regulamentações jurídico legais (**leis de regulamentação do exercício profissional**), éticas (**códigos de ética**) ou administrativas (**normas de trabalho**) que, a partir da intervenção do Estado demarcam campos de exercício de atividade do setor saúde.

Fonte: BRASIL. Câmara de regulação do trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart\\_camara\\_regulacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf).

Acesso 19 Mai 2022.

**Residência Médica** Instituída em 1977, pelo Decreto nº 80.281, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos. Quando cumprida integralmente, dentro de determinada especialidade, confere ao médico-residente o título de especialista. É considerada a forma de especialização médica mais eficiente do Brasil.

Fonte: Conselho Federal de Medicina. Residência Médica. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/residencia-medica/>. Acesso 18 Mai 2022.

**Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)** Instituída pela Lei 11.129/2005, a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento são compartilhados entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). A residência é definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e abrangendo as profissões da área da saúde, com exceção da Medicina. Tais programas abrangem: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. São cooperações intersetoriais que visam favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS)

Fonte: Silva, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Revista Katálysis [online]. 2018, v. 21, n. 01, pp. 200-209. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>. Acesso 18 Mai 2022.

**UNA-SUS** Universidade Aberta do SUS criada em 2010 para atender as necessidades de capacitação e **educação permanente dos profissionais** que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), coordenado pelo Ministério da Saúde com uma rede colaborativa de 35 instituições de ensino superior que ofertam cursos à distância gratuitamente.

Fonte: UNASUS. Conheça a UNA-SUS. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus>. Acesso 06 Mai 2022.

**Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS)** Instituições públicas criadas ou "recriadas" a partir de 1980 (total de 36 escolas atualmente) para qualificar/formar os trabalhadores de nível fundamental e médio empregados no SUS que não possuíam qualificação específica para as funções que desempenhavam. As primeiras ETSUS já tinham em seu Regimento Escolar: eixo metodológico de **integração ensino-serviço**, adequação do currículo ao contexto regional, utilização pedagógica dos espaços de trabalho, avaliação do desempenho dos alunos nos serviços com supervisão e acompanhamento pedagógico e docência exercida por profissional de nível superior dos serviços, qualificado pedagogicamente, tendo os princípios e diretrizes do SUS como norteadores dos planos de cursos.

Fonte: GALVÃO, Ena de Araújo; SOUSA, Maria Fátima de. As escolas técnicas do SUS: que projetos político-pedagógicos as sustentam? Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 22, n. 3, p. 1159-1189, 2012. Disponível em <https://www.scielo.org/article/physis/2012.v22n3/1159-1189/pt/#ModalArticles>. Acesso 18 Mai 2022.

**Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS)** Estratégia de articulação, troca de experiências, debates coletivos e construção de conhecimento em **Educação Profissional em Saúde**. Trata-se de uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com vista a fortalecer a formação do pessoal de nível médio que atua na área da Saúde. Tem como seus objetivos: compartilhar informação e conhecimento; buscar soluções para problemas de interesse comum; difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de recursos humanos nível médio em saúde; e promover a articulação das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS.

Fonte: FIOCRUZ. RET-SUS Rede de Escolas Técnicas do SUS. Quem somos. Apresentação. Disponível em <http://www.retsus.fiocruz.br/apresentacao>. Acesso 18 Mai 2022.

**Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)** Compõe a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS do Ministério da Saúde, é projeto estratégico do Ministério da Saúde, que iniciou em 2004 e foi retomado em 2011 com edições regulares desde então, tendo como objetivo é proporcionar aproximação de universitários de várias áreas do conhecimento (e não só dos cursos da saúde) ao cotidiano do Sistema Único de Saúde, em diferentes municípios e regiões do Brasil, que previamente estabelecem cenários de prática que oportunizam tais imersões. Estas ocorrem nos períodos de recesso escolar, no verão e no inverno, e incluem períodos que variam de 7 a 15 dias. Estudantes, acompanhados de facilitadores, eventualmente docentes, vivenciam serviços e interagem com profissionais, gestores, usuários, instituições de ensino e outras, conhecendo diferentes iniciativas de gestão, formação, assistência e atuação do controle social, que contribuem para o aprimoramento do

SUS, em diferentes situações do que se configura no “quadrilátero da formação” (ensino, gestão, atenção e controle social). \*Educação pelo Trabalho\*

Fonte: BURILLE, Andreia et al. Do VER-SUS: do que é, do que foi e do que ficou. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 7, n. 4, 2013. Disponível em <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/523>. Acesso 18 Mai 2022.