

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

A Responsabilidade na Gestão da Saúde Pública

Sandra Lúcia Furquim de Campos

**Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública** para obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: **Serviços de
Saúde Pública**

Linha de Pesquisa: **Direito Sanitário**

Orientadora: **Profa. Dra. Sueli
Gandolfi Dallari**

São Paulo

2006

À minha família
pela unidade,
pelo caminho,
pelo valor e
pela responsabilidade.

AGRADECIMENTOS

Como não poderia deixar de ser à minha orientadora, que representa, em essência, a figura da mestra, Profa. Dra. Sueli Gandolfi Dallari, pela ousadia do aceite e por acreditar, pela oportunidade, pelo ensinamento ético, pela figura humana singular que congrega a todos promovendo a construção do plural.

Aos membros constituintes da minha banca, Profa. Dra. Adelaide Nardocci e Prof. Dr. Fernando Aith, pela coragem, pela capacidade intelectual e pela simplicidade.

Aos amigos do CEPEDISA em especial à Eliane Araújo pelo carinho, pela paciência e pelo acolhimento.

Aos amigos da Regional de Saúde da Baixada Santista e, particularmente, à Equipe de Auditoria pelo exercício da convivência, pela lealdade.

Aos amigos da Prefeitura Municipal de Guarujá com destaque para os amigos da Secretaria de Saúde pelo apreço, pelo apoio e pela confiança.

Às minhas pessoas pela amizade ilimitada, pela proteção, pela solidariedade.

Aos meus pais por todo amor.

RESUMO

A responsabilidade da gestão de saúde pública, seguindo o pensamento habermasiano, trata da comunicação (indicadores de saúde) que se estabelece entre o jurídico (arcabouço legal sanitário) e o político (desenvolvimento da política pública de saúde), visando realizar o interesse público (garantir o Direito à Saúde). O resultado do agir responsável na gestão pública da saúde está representado pelos indicadores de saúde, elementos aferidores de eficiência e, portanto, elementos de prestação setorial e peculiar de contas. Nesse sentido, os indicadores de saúde constituem-se em instrumentos de responsabilização pela gestão da saúde pública.

ABSTRACT

The responsibility of management of public health according to the habermasian thought deals with the communication (health indicators) that stands in between the Law (legal sanitary framework), and the political (development of the public health politic) aiming for the accomplishment of the public interest (garantee the Right to Health). The result of responsible acting in the management of health is represented by the health indicators that are elements to check efficiency, and therefore elements of rendering sectorial and peculiar accounts. In this sense, health indicators are instruments of responsibility for the management of public health.

APRESENTAÇÃO

O Direito à Saúde está consagrado, constitucionalmente, como sendo um dever do Estado a ser garantido através do desenvolvimento e da execução de políticas públicas, que visem a redução de riscos e outros agravos, no sentido de promover, proteger e recuperar a saúde da população brasileira. A proposta de trabalho, quanto à responsabilidade na gestão da saúde, trata da comunicação que se estabelece entre o político e o jurídico, visando realizar o interesse público: garantir o Direito à Saúde. Aponta-se os indicadores de saúde como aferidores do impacto da gestão sanitária na realidade local enquanto medidas de execução das políticas públicas no setor saúde.

Para se falar de gestão sanitária há que se remeter ao processo de descentralização do Estado Brasileiro, que teve como implicação a assunção das atribuições garantidoras de direitos sociais, o que inclui o Direito à Saúde, ao ente federado, conferindo-lhe autonomia. A assunção de programas e políticas sociais na Saúde obteve adesão nacional, fruto da reforma sanitária. Assim, a municipalização da gestão de saúde pública integrou-se, com êxito, à descentralização político-administrativa nacional.

Dentre os princípios norteadores da Administração Pública consagrados (legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade) incluiu-se o princípio da eficiência (Emenda Constitucional 19/1998, impondo nova redação do artigo 37, CF/1988) que contém a transparência no trato da Coisa Pública como um dos seus elementos fundadores.

Propõe-se aplicar o princípio da eficiência à gestão sanitária, utilizando, para tanto, os indicadores de saúde, enquanto demonstração do agir do gestor de Saúde Pública. Nesse sentido, encontra-se a importância dos indicadores de saúde como elementos de aferição do impacto da gestão local na saúde da população, validando a atividade sanitária através de resultados.

Em assim sendo e tomando como base teórica o agir responsável sustentado no pensamento habermasiano, os indicadores de saúde constituem-se em medidas que denotam a efetividade da política pública de saúde tradutora de princípios constitucionais e do ordenamento sanitário.

A responsabilidade da gestão de saúde pública, seguindo esse caminhar, trata da comunicação (indicadores de saúde) que se estabelece entre o jurídico (arcabouço legal sanitário) e o político (desenvolvimento da política pública de saúde), visando realizar o interesse público (garantir o Direito à Saúde). O resultado do agir da gestão pública da saúde está representado pelos indicadores de saúde, elementos aferidores de eficiência e, portanto, úteis à prestação setorial e peculiar de contas. Os indicadores de saúde constituindo-se, consequentemente, em instrumentos de responsabilização pela gestão sanitária.

CAPÍTULO I - OS INDICADORES DE SAÚDE E O CONTROLE DA GESTÃO PÚBLICA

1.1 - A Historiografia dos Indicadores de Saúde

A historiografia dos indicadores de saúde encontra sua matriz na Ciência Epidemiológica, integrando-se com o processo histórico da Modernidade. O Estado Liberal trouxe consigo reformas na concepção da vida em sociedade e, como consequência do racionalismo, o fortalecimento das ciências exatas, reflexo direto do Positivismo. A credibilidade, então, atrelava-se ao palpável, ao mensurável, ao verificável, ao concreto.

A Estatística, enquanto alicerce da Ciência Epidemiológica, firma-se a partir do modo de produção capitalista, porque testemunha a aparição do Estado Moderno, quando do estabelecimento dos conceitos de governo, nação e povo. Momento em que surge a necessidade de contar exército e povo. Aparecem os censos populacionais e os primeiros sinais da bioestatística devido à introdução do método quantitativo, fundamentando os estudos europeus em saúde pública. A Epidemiologia irá promover o retorno à medicina social, já na segunda metade do século XX, quando a medicina preventiva consegue a adesão dos organismos internacionais enquanto movimento ideológico. Na Europa Ocidental, em decorrência da Segunda Guerra Mundial, foram sendo estabelecidos os estados de bem estar social, buscando a integração entre assistência à saúde e políticas sociais.

Nos anos 1960 a computação eletrônica promoveu uma revolução na Ciência Epidemiológica. As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas pelo aprofundamento das bases matemáticas, em decorrência da ampliação do uso de micro-computadores e do desenvolvimento de softwares específicos para as análises epidemiológicas, reafirmando a historicidade dos processos de saúde-enfermidade-atenção, cujas determinantes têm raízes econômicas e políticas (ALMEIDA FILHO, 1999).

A Epidemiologia contribui para a definição de políticas públicas. Prova disso está no relatório sobre desenvolvimento mundial apontado pelo World Bank (1993), onde está examinada a influência mútua entre saúde humana, política de saúde e desenvolvimento econômico, quando já se propunha a construção de indicadores. Concomitantemente, a Organização Panamericana de Saúde – OPAS (1999), em relato a respeito do movimento dos municípios saudáveis na América, também preconiza a melhoria das condições de saúde para dinamizar o processo de desenvolvimento, recomendando a mensuração dessas condições por meio de indicadores de bem-estar e saúde (CASTELLANOS, 1997).

Respeitados os requisitos contidos no Informe Técnico 137 (OMS, 1957), os indicadores deveriam apresentar disponibilidade de dados, simplicidade técnica, uniformidade, sinteticidade e poder discriminatório. A Organização Mundial de Saúde - OMS propôs a construção de novos indicadores que pudessem refletir os progressos conquistados na atenção primária de saúde (década de 1980).

A Saúde enquanto direito social deve ser garantida pela execução de políticas públicas visando a redução de riscos e agravos à saúde. Daí o porquê da relação entre os indicadores de saúde e a transparência na gestão sanitária, na proposta de demonstrar a ocorrência ou não da redução dos riscos à saúde da população. Esse caminho já vem sendo percorrido por órgãos internacionais e foi assimilado pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Nas duas últimas décadas, a Organização Panamericana de Saúde - OPAS tem demonstrado preocupação com os processos de mudança, no que tange aos procedimentos técnicos de prestação dos serviços, no uso de tecnologias disponíveis, à integração dos conhecimentos, às formas de utilização dos recursos e dos modos de concretizar a participação social (TIGRE et al., 1990).

Na discussão do uso da epidemiologia nos sistemas e serviços de saúde, é comum ressaltar o papel da disciplina na produção de conhecimento para a tomada de decisão, em relação à formulação de políticas de saúde para a organização do sistema e para a escolha de intervenções destinadas a dar solução a problemas específicos (IDEM, 1990).

O Ministério da Saúde conta a colaboração da Organização PanAmericana de Saúde – OPAS para a compatibilização de indicadores utilizados nos países do continente americano. A pretensão está em promover a análise sistemática da situação de saúde, utilizando-se de indicadores: demográficos, sócio-econômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura.

1.1.2. O risco e a saúde nas sociedades complexas

O risco é considerado como elemento central para a tomada de decisão racional nas sociedades complexas devido ao crescimento da incerteza na cultura moderna tardia. A vida social é regulada pela confiança em sistemas abstratos que, baseados no conhecimento científico, orientam as escolhas através de cálculos de risco.

O conceito de risco epidemiológico constitui-se num sistema abstrato. A monitorização e a definição de estratégias de regulação do risco no campo da saúde encontram-se viabilizadas pelos avanços nas técnicas de cálculos estatísticos. Políticas e programas voltados para promoção, proteção e recuperação da saúde podem ser considerados como ações de gestão de risco. Identificar e reduzir os riscos tornou-se objetivo da Saúde Pública. A gestão de riscos é nuclear ao discurso de promoção da saúde, porque busca reorientar as estratégias de intervenção. As conseqüências e as implicações culturais do conceito de risco no mundo contemporâneo não se restringem ao risco epidemiológico, mas esse é um elemento central do processo, produzindo, através do modelo construído, valores e conseqüências culturais (CZERESNIA, 2004).

1.1.2.1. O controle do risco e o processo civilizador

A noção de probabilidade faz emergir as idéias de contexto, risco e acaso, rejeita, por conseqüência, a questão da causalidade. Estabelecem-se as relações entre conceitos, culpa e dever em contraposição à responsabilidade e poder, saber, prever (LIEBER E ROMANO-LIEBER, 2002).

Causa e contexto entrelaçam-se, o que permite e promove o conhecimento de um fenômeno, a configuração da realidade expressa no cotidiano da vida e do trabalho. A causa pode ser listada como mais um fator de contexto. A organização de ações e serviços de saúde e a distribuição desigual dos danos nos diversos grupos populacionais faz decorrer diferentes probabilidades, reafirmando o relevo do planejamento no Setor Saúde (LIEBER, 1990).

LIEBER (2003) adota como base filosófica para sua conceituação de risco o pensamento de Arendt, estabelecendo vínculo com o exercício de poder, enquanto condição para a promoção ou inibição da ação, porque entende risco, incerteza, ação e conhecimento como aspectos inevitáveis da condição humana em relação ao mundo. No desenvolver da ação são destacados os seus significados (ação, autoridade, liberdade e juízo), segundo a concepção de Arendt, porque é graças à ação no presente, que se promove a ruptura no tempo e se faz a história.

O risco tem relevância na sociedade moderna, permitindo a discussão sobre a denominação do tipo de sociedade da atualidade. Apontam-se: sociedade moderna, sociedade pós-moderna, sociedade contemporânea, sociedade pós-industrial e sociedade de risco.

A sociedade moderna tem essa denominação decorrente da Revolução Burguesa e, portanto, convivente com seus reflexos dinâmicos, globalizantes (LEFREVE e LEFREVE apud GIDDENS, 2004). A sociedade pós-moderna indica a vida nas sociedades capitalistas contemporâneas (LEFREVE e LEFREVE, 2004) definida pela ausência de grandes narrativas, sendo que passado e futuro são previsíveis, havendo, conseqüentemente, multiplicidades de razões e de histórias (LEFREVE e LEFREVE apud LYOTARD, 2004).

A sociedade pós-industrial tem sua denominação resultante de mudanças na vida socioeconômica derivada da incorporação tecnológica com ênfase na informação e no conhecimento (LEFREVE e LEFREVE apud BELL). A sociedade contemporânea apresenta-se complexa, com realidade plural, movimentos sociais e despadronização do consumo (LEFREVE e LEFREVE, 2004).

A sociedade de risco expressa o presente, porque, enquanto há vida em sociedade há risco, termo decorrente dos perigos e das inseguranças vividos pelos atores sociais ao longo do processo de modernização. As classes sociais passam a classes de risco. A distribuição de risco assume o lugar da distribuição desigual de riqueza, por isso, o risco integra a construção social própria do exercício de poder. Trata-se de um processo político, no qual está inserido o

Princípio da Precaução, cujo surgimento deu-se nos anos de 1970, na Alemanha e, em 2000, a Comunidade Européia o adotou como consenso, sendo seu emprego diversificado (LIEBER e ROMANO-LIEBER, 2005).

1.1.3. A política pública de saúde e a gestão dos riscos

Políticas públicas constituem-se em instrumentos de governo definidores das ações do Estado através das quais a sociedade tem a possibilidade de acompanhar, controlar e fiscalizar. A escolha de prioridades deve ser racional e coletiva para a definição de interesses públicos reconhecidos pelo direito, como forma de controle prévio da discricionariedade, oferecendo parâmetros concretos às ações cotidianas dos agentes públicos, através da definição de metas objetivas a realizar. As políticas públicas são formas de agir do Poder Público que visam à obtenção dos resultados desejados pela sociedade. Percorrendo esse caminho promove-se a transparência do processo decisório, denotando clareza de prioridades e meios para a realização do interesse público, razão direta do amadurecimento da participação democrática dos cidadãos. O controle de resultados e os controles políticos e sociais devem estar direcionados à satisfatória prestação de contas pelo governo e pelos administradores aos titulares do poder político, os integrantes do povo (BUCCI, 2002).

O Estado recebeu o direito de planejar o desenvolvimento nacional e encontra na inclusão de políticas públicas a efetivação das condições para o exercício

dos direitos sociais pelos cidadãos brasileiros (BUCCI apud LOPES, 2002). Planejar é uma função técnica voltada à realização de valores sociais (BUCCI apud FURTADO, 2002). O caráter constitucional e determinante do planejamento (CF/1988, artigo 174) é pressuposto indispensável de todo programa de ação política, econômica e social (BUCCI apud GRAU, 2002).

A discricionariedade da Administração Pública faz emergir a discussão ética da responsabilidade no que se refere ao resultado das suas ações no mundo à luz da proposta weberiana. A situação dos que governam e decidem é diversa daqueles que simplesmente administram e executam encargos técnicos e profissionais sem responsabilidade de decisão e de opções políticas. Daí porque os agentes políticos precisam de liberdade funcional e resguardo para o desempenho de suas funções. São concedidas prerrogativas aos agentes políticos como garantias para o pleno exercício de suas complexas funções governamentais e decisórias (BUCCI, 2002).

Busca-se no planejamento a sustentação para a gestão pública. A noção de gestão pública funcional fica caracterizada com a inserção do princípio da eficiência na Administração Pública, promovendo o aumento gradual da responsabilidade dos governos, dos parlamentos e da própria sociedade no processo legislativo orçamentário. Está no planejamento a definição das metas a serem alcançadas e, conseqüentemente, a indicação dos resultados a serem obtidos. Os indicadores mostram os resultados das ações de governo, viabilizando a correção de rumos e permitindo a aferição das competências dos gestores (IDEM, 2002).

Já na 8ª Conferência Nacional de Saúde estava previsto o princípio da integralidade adotado pelo Movimento Sanitário e incluído como diretriz constitucional no Brasil. Naquele momento defendia-se um serviço de saúde organizado para produzir mudança no perfil epidemiológico em relação aos problemas de saúde, coletivos e individuais. A gestão sanitária integra a ação estratégica dirigida aos resultados, através de consenso entre dirigentes e dirigidos e da ação comunicativa. Nesse sentido, o saber epidemiológico pode ser utilizado na organização de processos de trabalho, serviços e sistemas de saúde, bem como na planificação de gestão, vigilância e avaliação em saúde (PAIM, 1999).

1.1.3. Os indicadores de desempenho e sua interface com a Administração Pública

Os indicadores de desempenho encontram sua historiografia na Matemática, relacionando-se com a Estatística e a Economia, ciências que, já no nascedouro, atendiam às demandas governamentais porque permitiam a mensuração de eventos censitários e o desenvolvimento sócio-econômico. Estabelecem ligação com a Administração Pública para o desenvolvimento das ações de planejamento, visando dar subsídio à tomada de decisão dos governos.

Os primeiros indícios censitários datam de 3000 anos a.C. praticados por babilônios, chineses e egípcios. As informações censitárias geralmente eram uti-

lizadas para a taxaço de impostos e para o alistamento militar. A Estatística passou a ser considerada disciplina autônoma somente no século XVII, tendo como objetivo básico à descrição dos bens do Estado (MATOS, 2004).

Destaca HARDENBERG (1772 – 1801) que na Revolução Científica Moderna, a Matemática constitui-se num instrumento de formulaço do conhecimento humano da realidade objetiva. O progresso das ciências de observação ou descrição está vinculado diretamente às técnicas de representação, fruto do Renascimento, movimento consciente e revolucionário, impondo uma nova cultura (JAPIASSÚ, 1985).

CARDOSO e BRIGNOLI (2002) procuram enfrentar a questão da quantificação na História diante de problemas, métodos e técnicas contidos na história demográfica, econômica e social. Afirmam que o processo histórico da quantificação está compreendido no estudo das mentalidades coletivas.

O conhecimento desenvolvido por meio de modelos deve respeitar as peculiaridades das ciências humanas, quando tem como proposta a transposição metodológica oriunda das ciências exatas e aplicada às ciências sociais. Estabelece-se, portanto, a relação entre indicadores e controle de qualidade. O desafio da construção de indicadores para as ciências humanas e sociais está em construir critérios correlacionados (TRZESNIAK, 1998).

1.2. O Direito à Saúde na Sociedade Moderna

O direito à Saúde está incluído entre os direitos sociais e é derivado do direito à vida consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos adotada e proclamada pela Organização das Nações Unidas – ONU (Resolução 217 A, III, da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948).

A sociedade humana é formada por um conjunto de pessoas ligadas pela necessidade de ajuda mútua e continuada. A vida em sociedade é intrínseca à natureza humana, porque as necessidades da pessoa humana serão satisfeitas na vida em sociedade. A sociedade organizada com justiça é aquela que tanto os benefícios como os encargos são repartidos igualmente entre todos. Assim, direitos devem ser respeitados e deveres e responsabilidades sociais cumpridos. Os seres humanos têm igualdade em dignidade e direitos, o que se confirmou, formalmente, nas Cartas Constitucionais ao longo do mundo, constando que todos são iguais perante a lei, porém na realidade as pessoas ainda são tratadas com desigualdade (DALLARI, 2004).

O sentido universal das declarações de direitos é resultante das revoluções, americana e francesa. Os direitos do homem e do cidadão proclamados nessa fase histórica guardavam um conteúdo individualista, consagrando a chamada democracia burguesa. Na segunda etapa da Revolução Francesa, sob a ação de Robespierre e a força do pensamento de Rousseau, proclamam-se os direitos sociais do homem. Direitos esses relativos: ao trabalho, aos meios de existên-

cia, à proteção contra a indigência e à instrução. A realização de tais direitos caberia à sociedade e não ao Estado. A dimensão social do constitucionalismo, a afirmação da necessidade de satisfazer os direitos econômicos, ao lado dos direitos de liberdade, a outorga ao Estado da responsabilidade de prover essas aspirações é fato histórico do século XX (HERKENHOFF, 2004).

Os direitos coletivos, econômicos, sociais e culturais passam a expressar os direitos individuais em uma nova perspectiva, sendo o indivíduo o titular do direito coletivo de participar do bem-estar social. O Estado é o sujeito passivo dos direitos sociais porque a coletividade assumiu esta responsabilidade, que decorre da interação entre governantes e governados. Os direitos humanos constituem-se no esteio para a formulação jurídico-normativa do Estado Democrático e no alicerce para a implementação das políticas voltadas para os direitos civis e políticos e, ainda, para a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais (LAFER, 1991).

Direitos humanos de primeira geração são os direitos civis e políticos, entendidos como direitos de liberdade, segurança, integridade física e moral da pessoa e de participação na vida pública, considerados direitos de titularidade individual, inerentes ao indivíduo perante o Estado. Direitos humanos de segunda geração são os direitos econômicos, sociais e culturais referentes à existência de condições de vida e de acesso aos bens materiais e culturais adequados à dignidade humana, direitos de créditos do indivíduo em relação à coletividade. Decorre, então, a complementaridade entre esses direitos, porque os direitos de segunda geração buscam assegurar as condições para o ple-

no exercício dos direitos de primeira, eliminando ou atenuando os impedimentos ao pleno uso das capacidades humanas (IDEM, 1991).

Os direitos de primeira geração visam limitar os poderes do Estado. Definem a fronteira entre o Estado e a sociedade. Os direitos de segunda geração requerem a ampliação dos poderes do Estado. Para o exercício de um direito de primeira geração no campo jurídico compete ao indivíduo tomar a iniciativa e compete ao Estado: controlar as lesões individuais pelo Poder Executivo por meio da polícia administrativa, aplicar as normas pelo Poder Judiciário e formular as leis pelo Poder Legislativo. Os direitos de segunda geração dependem do desempenho do Estado devendo ser exigidos pela sociedade através da ampliação dos serviços públicos. Com a complexidade do desenvolvimento humano, outras gerações de direitos surgem dentro dos organismos internacionais, fruto de novas exigências de preservação da humanidade, do habitat, enfim, da vida em sua totalidade (IBIDEM, 1991).

1.2.1. O Direito à Saúde no Brasil

No Brasil, o direito à vida tem previsão constitucional destacada (CF/ 1988, artigo 5º, caput), enquanto direito que não pode ser derogado sob nenhuma circunstância, nem mesmo em estado de exceção. O Direito à Saúde está consagrado entre os direitos sociais (CF/1988, artigo 6º, com redação dada pela EC 26/2000) e compõe a Seguridade Social (CF/1988, Capítulo II, Seção II,

artigos 196 a 200). Tais dispositivos constitucionais decorrem de movimentos continuados da Reforma Sanitária e revelam a estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS está organizado numa rede, regionalizada e hierarquizada, estruturando-se a partir de diretrizes constitucionais com destaque para a descentralização. Conta com direção única em cada esfera de governo (artigo 198). Para promover a eficácia da Carta Política foram editadas as Leis Orgânicas da Saúde, uma dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organização e funcionamento dos serviços correspondentes (Lei nº 8080/1990) e outra sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (Lei nº 8142/1990).

Cabe à Administração Pública prover os meios necessários para garantir o Direito à Saúde. A disponibilização desses meios deverá se dar através da implementação da política pública de saúde que será estabelecida no âmbito local. O desenvolvimento e a execução da política pública de saúde visa promover impacto na condição de vida das pessoas.

A Saúde enquanto direito social é de competência das três esferas de governo: federal, estadual e municipal (CF/1988, artigo 33, II). A descentralização do Setor Saúde está disciplinada pela Lei Maior (artigo 198, I). A descentralização implica na direção única em cada esfera de governo, tendo como órgãos exercentes: Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias

Municipais de Saúde. À frente desses órgãos estão os gestores de saúde pública, agentes políticos que dispõem de poder discricionário.

Ao obter autonomia para desenvolver e executar a política pública de saúde, a gestão responsabiliza-se em garantir o direito à saúde da população no seu âmbito de atuação viabilizando ações que produzam os resultados esperados.

1.2.1.1. O processo de municipalização do Setor Saúde

O Município tem autonomia e não soberania. Reconhecido como ente federado integra o conjunto nacional (CF/1988, artigo 29). Dispõe de Lei Orgânica que deve respeitar o texto constitucional, o que confirma sua autonomia política e administrativa. A competência legislativa municipal típica está nos assuntos de interesse local (CF/1988, artigo 30). A Administração Pública, em especial a municipal, deve se reger pelas técnicas de planejamento, pela verificação da realidade, pelo levantamento de alternativas, pela escolha de prioridades, por um processo lógico, técnico e objetivo de escolha das ações a serem empregadas pelo governo local (DALLARI, 1997).

O planejamento está estabelecido como valor constitucional e constitui-se em instrumento de gestão pública funcional (CF/1988, artigo 165). Deve ser observado, necessária e obrigatoriamente, pela Administração Pública. Para compor o planejamento municipal, há que se contar com a participação da co-

munidade, do governo municipal e do legislativo municipal.

A atividade administrativa é sempre desenvolvida para atingir finalidades legalmente apontadas. A organização e a prestação de serviço público, direta ou indiretamente, é da competência municipal. O Sistema Único de Saúde – SUS conta com cooperação técnica e financeira e tem sua atuação direcionada e articulada entre os três entes de governo (CF/1988, artigo 198).

A descentralização da gestão da Saúde Pública deu-se através de um processo formal de habilitação, efetivando a transferência das atribuições para o ente federado interessado, incluindo as pactuações institucionalizadas intergestoras de saúde. O ente federado habilitado passa a assumir a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de saúde no seu âmbito de atuação.

A descentralização da Administração está prevista (CF/1988, artigo 241 e EC 19/1998). Foram instituídos processos para a celebração de convênios, acordos e pactos de cooperação entre os entes federados, o que autorizou a gestão associada de serviços públicos e também a transferência, total ou parcial, de encargos, serviços e recursos, objetivando a continuidade dos serviços transferidos, em decorrência de interesse público, o direito à saúde. Daí porque as ações e os serviços de saúde dispõem de relevância pública, estando a cargo do Poder Público a regulamentação, a fiscalização e o controle de tais ações respeitado o princípio da legalidade (CF/1988, artigo 197).

Trata-se, portanto, de uma organização normativa formadora de um Sistema Único de Saúde, descentralizado, que enfatiza o processo de municipalização que promove, a seu turno, a continuidade do processo de descentralização do Estado Brasileiro (Lei 8080/1990, artigo 7º, IX, a), na busca do equilíbrio do desenvolvimento e do bem estar comuns (CF/1988, artigo 23, II, § único). O SUS conta com financiamento próprio oriundo do orçamento da Seguridade Social que procura garantir a sua sustentabilidade. A responsabilidade financeira para com o SUS compete às três esferas de governo, estando determinada a vinculação da receita de cada ente e definidos os percentuais mínimos de aplicação de recursos para as ações e serviços de saúde, oriundos da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais (CF/1988, artigo 195 e EC 29/2000).

1.2.1.2. O processo de descentralização das políticas públicas

Ao apresentar a definição de política pública, BUCCI (2002) encontra na função de governar a idéia nuclear, quando toma como base o uso do poder coativo do Estado a serviço da coesão social (BOBBIO apud BUCCI, 2002). Assim, torna-se possível redirecionar o eixo de organização do governo da lei para as políticas. Caberá justamente às políticas públicas dar o entendimento do aspecto funcional inovador de qualquer modelo de estruturação de poder político (COMPARATO apud BUCCI, 2002).

A política pública como programa de ação permite a construção de um modelo de representação do direito baseado tanto em regras quanto em princípios e objetivos. Possibilita a interpretação de políticas, em geral, como a realização de direitos. A lei torna-se um instrumento da política se a tensão interna e o meio legal, ao mesmo tempo, estipulam condições procedimentais sob as quais a política pode ter a lei à sua disposição (HABERMAS apud BUCCI, 2002).

O modelo das políticas públicas convive com a legalidade. As políticas públicas estão contidas no direito que o Estado recebeu de planejar o desenvolvimento nacional, incluindo e exigindo a efetivação de condições de exercício dos direitos sociais pelos cidadãos brasileiros (LOPES apud BUCCI, 2002).

A descentralização está ligada ao processo de construção do Estado Moderno, aparecendo na consolidação dos regimes democráticos. A definição de um Estado Federal implica numa descentralização política, na qual está expressa uma idéia de autonomia política das entidades territoriais, apontando para o efetivo federalismo (BOBBIO apud SCATENA e TANAKA, 2001).

O processo de descentralização decorreu do consenso na agenda de reformas sociais, tendo relevante expressão o processo de municipalização do Setor Saúde, devido às pressões das forças locais pela adesão municipal ao Sistema Único de Saúde - SUS. Atributos estruturais do ente federado (riqueza econômica e capacidade administrativa dentre outros) constituíram-se em elementos integrantes do cálculo da Administração Pública local, quando da tomada de decisão pela assunção de atribuições de gestão em uma dada política social

(SCATENA e TANAKA, 2001).

A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS também está determinada (Lei N° 8.142/1990, artigo 1°), contando com instâncias colegiadas em cada esfera de governo: conferências e conselhos. A Conferência de Saúde deve ocorrer no mínimo a cada quatro anos, sendo convocada para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, nas três esferas de governo.

O Conselho de Saúde, permanente e deliberativo, deve ser composto, paritariamente, por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, sendo que suas decisões requerem a homologação do chefe do Poder Executivo, legalmente constituído, em cada esfera do governo.

A Comissão Intergestores Tripartite - CIT, integrada por representantes dos gestores municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e federal (Ministério da Saúde) e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, integrada por representantes dos gestores municipais (COSEMS - Colegiado de Secretários Municipais de Saúde) e estadual (Secretaria Estadual de Saúde), foram criadas com a edição da segunda Norma Operacional Básica (NOB - SUS 01/93), tornando-se responsáveis pelo gerenciamento do Sistema, apreciando os pactos e as programações entre gestores, buscando a integração

entre as esferas de governo.

O processo de habilitação de estados e municípios, em vigor, (descrito na NOB - SUS 01/1996, conforme a Portaria GM/ MS nº 1.742/1996) denomina-se de “*Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*”. Fica instituída a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, quando o município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão, sendo os estados mediadores, cabendo a União a normatização e o financiamento. Instituiu, também, o PAB - Piso da Atenção Básica e a PPI - Programação Pactuada e Integrada.

A NOAS - SUS 01/2001 (Portaria GM/ MS Nº 95/2001) estabelece que os estados passem da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual, numa intenção de promover o processo de regionalização das ações, tendo sido retificada pela NOAS - SUS 01/2002 (Portaria GM/ MS nº 373/2002). A responsabilização dos municípios pela execução das ações de atenção básica está definida (Portaria GM/ MS nº 2.023/2004), ficando a gestão do sistema municipal da saúde responsável pela a organização da execução das ações de atenção básica.

A descentralização visa a estruturação de sistemas locais, que respondam às demandas e às necessidades da população adstrita, integrados aos sistemas estaduais, conformando um sistema nacional. Há que ser estabelecido um diálogo continuado entre descentralização e a centralização, pactuadamente, para garantir o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS como um todo

(IDEM, 2001).

1.3. A normatização dos Indicadores de Saúde

Com a aprovação do Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, decorrente da pactuação intergestores (Portaria GM nº 3.925/1998 e NOB SUS 01/1996), fica definido o conjunto de indicadores para o acompanhamento da atenção básica (artigo 4º), deixando clara a responsabilidade dos municípios habilitados, em relação à atenção básica e à atenção das pessoas (anexo I, itens 1 e 2). Fixa, ainda, o rol de responsabilidades, relacionando-as com as ações prévias e os instrumentos de gestão, no que o referido manual denomina de construção de indicadores para a avaliação da gestão da atenção básica.

Portarias ministeriais sucederam-se, no sentido de consolidar os indicadores de saúde como instrumentos de acompanhamento da atenção básica, instituindo, para tanto um termo de compromisso do gestor, no qual estão inseridas planilhas de metas (Portaria MS/ GM nº 476/1999, Portaria MS/ GM nº 832/1999, Portaria MS/ GM nº 12/2000, Portaria MS/ GM nº 779/2000 e Portaria MS/ GM nº 1.211/2002), reconhecendo o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica como instrumento nacional de monitoramento e avaliação da gestão de saúde.

O acompanhamento da habilitação na gestão da saúde também tem previsão na Norma Operacional de Atenção à Saúde (Portaria MS/ GM nº 1.266/2002, Portaria MS/ GM nº 1.321/2002 e Portaria MS/ GM nº 397/2003), cuja aprovação da relação dos indicadores da atenção básica fez-se independente do processo de habilitação, resguardando-se a responsabilidade municipal pela atenção básica (Portaria MS/ GM nº 2.023/ 2004 e Portaria MS/ GM nº 21/2005).

Assim, os indicadores de saúde ficam instituídos como instrumentos de avaliação da gestão, aferidores do desempenho do gestor, refletindo resultados, com suas bases fincadas no planejamento, sendo esse instituído como princípio da Administração Federal, visando promover o desenvolvimento econômico e social do país (Decreto Lei nº 200/67, art. 6º, I e 7º, caput). Esse mesmo instrumento legal institui ainda como princípios: coordenação (II), descentralização (III), delegação de competência (IV) e controle (V).

CAPÍTULO II – O DIREITO E A RESPONSABILIDADE EM SAÚDE

A vida em sociedade é da natureza humana e é na sociedade que o ser humano procurará satisfazer suas necessidades. A convivência dos seres humanos em sociedade implicou no desenvolvimento de regras. Nesse caminho é possível traçar um paralelo entre situação sanitária, vida em sociedade e regras de convivência, questões que mereceram o enfrentamento da Reforma Sanitária.

Trata-se de um movimento iniciado com o Estado Liberal e trouxe consigo novas concepções da vida em sociedade. As condições de saúde constituem-se, continuamente, em fatores preponderantes para o desenvolvimento da sociedade burguesa, tendo ganhado complexidade com as revoluções que se sucederam e que construíram a Modernidade.

A Ciência Epidemiológica promove a integração dos processos sociais na determinação da saúde coletiva, tendo produzido para o enfrentamento da realidade local, medidas de expressão da situação de saúde: os indicadores de saúde. Esses indicadores visam conhecer uma dada realidade com a finalidade de elaborar um plano de ação que possa intervir nessa mesma realidade buscando a melhoria do convívio em sociedade.

Para que o Estado pudesse garantir o direito constitucional à saúde instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS que tem como objetivos legais: a identificação

e divulgação de fatos condicionantes e determinantes da saúde, formulação da política pública de saúde e a assistência à saúde da população (Lei nº 8080/1990, artigo 5º, I, II e II).

A Lei Orgânica da Saúde quando trata dos princípios e diretrizes do SUS prevê a utilização da Epidemiologia como instrumento de planejamento para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (Lei nº 8080/1990, artigo 7º, VII). Em observância a todo esse caminho estruturante de um sistema que se propõe a garantir um direito social foram construídos os indicadores de saúde no sentido de aliar o jurídico ao factual.

A gestão pública tem no planejamento um de seus pilares de sustentação governamental eficiente e funcional. O planejamento está instituído como valor constitucional e foi assim disciplinado para promover o controle das ações governamentais, possibilitando a visualização transparente da eficiência e da eficácia do seu conteúdo programático a fim de atacar os problemas sociais mais agravados.

Os indicadores de desempenho da gestão pública concentram características de visibilidade e controle quanto às metas e aos resultados. Instrumentos que demonstram as ações de governo e viabilizam a correção de rumos e permitem a avaliação do desempenho da gestão.

A consolidação de gestão pública funcional e eficiente deu-se com a inclusão

da Emenda Constitucional nº 19/1998, fazendo somar o princípio da eficiência aos demais princípios a serem observados pela Administração Pública. Num movimento que pretende promover a responsabilidade dos governos, dos parlamentos e da própria sociedade no processo legislativo orçamentário.

2.1. Responsabilidade decorrente do Direito à Saúde

A dignidade da pessoa humana está incluída como princípio constitucional fundamental (CF/1988, artigo 1º), um direito humano do qual decorrem os direitos sociais, estando nesses direitos incluído o direito à Saúde (CF/1988, artigo 6º). A Saúde deve ser promovida, preservada e recuperada, enquanto direito do cidadão e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas públicas, visando, para tanto, a redução de riscos à saúde da população como um todo (CF/1988, artigo 196).

No conceito de Estado Democrático de Direito estão reconhecidas, respeitadas e incorporadas às conquistas reflexas, tanto do Estado de Direito, quanto do Estado Social de Direito. O Estado Democrático de Direito permanece fundado no respeito ao princípio da legalidade (CF/1988, artigo 1º), limitando a capacidade normativa do Poder Executivo (CF/1988, artigo 84, inciso IV). A Constituição é a lei nacional de maior eficácia e obriga o legislador a obser-

var os valores sociais e seus princípios informadores, estipulando que a Saúde está entre os direitos sociais (CF/1988, artigo 6º), o que firma o direito à Saúde como um direito difuso a ser preservado e, que para sua realização, necessita da adoção de políticas públicas, garantindo o acesso do cidadão em sentido amplo (CF/1988, artigo 196). A idéia de responsabilidade pública é eminentemente política, emergindo o dever constitucional do agente político de prestar contas e, em caso de descumprimento, há a previsão legal de crime de responsabilidade, porque à Administração Pública cabe garantir as obrigações assumidas no Pacto Constitucional (DALLARI, 2004).

A participação popular é de fundamental importância para a manutenção do Estado Democrático de Direito e quanto mais e maiores os mecanismos de transparência na gestão dos recursos públicos melhor para essa consolidação, mas há também a necessidade de que o povo participe das decisões dos assuntos de interesse comum (DALLARI, 2005).

Na Teoria Geral do Direito Sanitário defendida por AITH (2006) os princípios basilares do Direito Sanitário são: Proteção da Dignidade Humana, Liberdade e Igualdade/ Equidade. Decorrem desses grandes princípios: Consentimento, Segurança Sanitária, Informação e Participação da Comunidade. Na proposta de correlacionar a responsabilidade da gestão sanitária e os indicadores de saúde, cabe aqui dar realce ao Princípio da Segurança Sanitária, que no seu bojo prevê a adoção de políticas públicas, visando evitar ou reduzir riscos à saúde da sociedade, estando positivado como ditame constitucional (artigos 196, 197, 198, inciso II e 200) decorrendo desse os princípios: Precaução e

Responsabilidade.

A política sanitária está baseada na segurança sanitária (precaução e responsabilidade), na vigilância em saúde (ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica) e na segurança contra poluições, porque a complexidade social aumenta os riscos, sendo o papel estatal evitar e reduzir riscos, portanto, cabe ao “... *Direito dar a sociedade uma resposta para temas fundamentais que a afligem e que podem representar grave risco social*” (AITH, 2006 – p. 339).

Estão fixadas como objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS a identificação e a divulgação de fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como a formulação de políticas públicas (Lei 8080/1990, artigo 5º, incisos I e II), estando disposta, entre os princípios e diretrizes do SUS, a Epidemiologia como fonte para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática (artigo 7º, VII). Como já demonstrado os indicadores de saúde têm sua origem na Ciência Epidemiológica, por isso instituídos como aferidores do impacto da gestão sanitária na realidade local.

2.2. O Princípio Constitucional da Eficiência da Administração Pública

Na sociedade contemporânea, a Administração Pública permanece cumprindo um papel central e estratégico na conformação social. Embora submetido a

uma dieta orgânica, o Estado contemporâneo não interrompeu o seu crescimento enquanto instituição social, ampliando, continuamente, a sua intervenção nos domínios do mundo da vida, porque os direitos sociais devem ser providos pelo Estado através de políticas públicas.

O princípio da eficiência (EC 19/1998, dando nova redação ao artigo 37, CF/1988) vem somar-se aos demais princípios da Administração Pública, fruto da reforma administrativa do Estado, constituindo-se em direito do cidadão e condição de governabilidade. A eficiência na Administração Pública passou a ser imperativa, porque têm relevância quando se apura o respeito à ordem jurídica, diante da discricionariedade administrativa, por ser essa prerrogativa concedida legalmente à Administração Pública, permitindo-lhe inserir, delimitadamente, critérios de conveniência e oportunidade no delineamento da vontade administrativa (Rocha França, 2004).

O princípio da eficiência da Administração Pública relaciona-se tanto com à forma de atuação do agente público, porque se espera o melhor desempenho possível para lograr os resultados melhores, quanto em relação ao modo racional de organizar, estruturar, disciplinar a Administração Pública. A eficiência é princípio que se soma aos demais princípios impostos à Administração, não podendo sobrepor-se a nenhum deles, especialmente ao da legalidade, sob pena de sérios riscos à segurança jurídica e ao próprio Estado de Direito (DI PIETRO, 2000).

A eficiência da Administração Pública adquiriu uma grande valoração para a

sociedade, tornando-se um valor cristalizado, o que ganhou normatividade, transformando-se em princípio a ser observado por todo o ordenamento jurídico afeto à Administração Pública (GRAU, 1991).

A Administração Pública permanece cumprindo um papel central e estratégico na conformação social da sociedade contemporânea. O Estado contemporâneo não interrompeu o seu crescimento, enquanto instituição social, ampliando, continuamente, a sua intervenção, nos domínios do mundo da vida, conforme propõe o pensamento habermasiano (MODESTO, 2004).

O Estado hoje manipula uma parte expressiva do produto interno bruto nacional. Fomenta e tributa, executa e delega serviços, regula a atividade econômica e cultural, controla, reprime e estimula, produzindo e reproduzindo tanto a riqueza quanto à exclusão social. O Estado é indispensável, pois é a única organização capaz de conter os interesses privados em limites socialmente razoáveis, estando apto a intervir intensivamente sobre a coletividade, associando eficiência e equidade. É o Estado Social que não pode descuidar de agir com eficiência, justificando os recursos que extrai da sociedade com resultados socialmente relevantes. São imposições normativas condensadas sob o rótulo de Princípio da Eficiência, conferindo-lhe positividade, operatividade e validade jurídica (IDEM, 2004).

A boa gestão da Coisa Pública é obrigação inerente a qualquer exercício da função administrativa e deve ser buscada nos limites estabelecidos pela lei. A função administrativa, como atividade finalista é exercida, em nome e, em favor de terceiros, razão pela qual exige legalidade, impessoalidade, moralida-

de, responsabilidade, publicidade e eficiência dos seus exercentes. O exercício regular da função administrativa, numa democracia representativa, repele a negligência e a ineficiência, pois violam os interesses tutelados na lei (IBI-DEM, 2004).

Como todo princípio, o da eficiência não possui caráter absoluto, mas irradia efeitos: função ordenadora, função hermenêutica, função limitativa e função diretiva. A obrigação de atuação eficiente, portanto, implica em: ação idônea (eficaz), ação econômica (otimizada) e ação satisfatória (dotada de qualidade). O princípio da eficiência fortalece o chamado controle a posteriori de resultados. Assim, constitui-se numa exigência imposta à Administração Pública, visando a realização das finalidades públicas conferidas aos administradores por lei, por ato ou por contrato de direito público (MODESTO, 2004).

2.2.1. O Porquê do respeito aos princípios constitucionais

Princípio é um padrão que deve ser observado, não porque vá promover ou assegurar uma situação econômica, política ou social considerada desejável, mas porque é uma exigência de justiça, ou de equidade, ou de alguma outra dimensão de moralidade. Os princípios possuem dimensões, peso ou importância, assemelhando-se às dimensões das regras. Quando uma regra inclui um desses termos (razoável, negligente, injusto e significativo), isso faz com que

sua aplicação dependa de princípios e políticas, que extrapolam a própria regra. Princípios e políticas devem ser tratados como padrões obrigatórios para as autoridades de uma comunidade, padrões que regulam suas decisões a propósito de direitos e obrigações jurídicas (DWORKIN, 2002).

Um princípio é constituído por conjunto de padrões que estão em transformação, desenvolvimento e mútua interação. Esses padrões dizem respeito à responsabilidade institucional, à interpretação das leis, à força persuasiva dos diferentes tipos de precedente, à relação de todos esses fatores com as práticas morais contemporâneas. O direito determina que os cidadãos têm um dever de reconhecer e fazer vigorar certos padrões. Os argumentos de princípio justificam uma decisão política, mostrando que a decisão respeita ou garante um direito de um indivíduo ou de um grupo (IDEM, 2002).

A concepção centrada nos direitos como ideal político reforça a importância dos valores políticos com fundamento na igualdade entre as pessoas. O Estado de Direito enriquece a democracia ao acrescentar um fórum do princípio que confirme a justiça, numa questão de direito individual, que se amplia para uma questão do bem público. Ganha relevância às intenções incorporadas pela Constituição, o que consta da aceitação dos princípios de moralidade política. Em virtude do processo de ratificação da Constituição, deve existir uma regra de reconhecimento, configurando-se numa interpretação ampla da prática social. A concepção da intenção constitucional relaciona-se com a tomada de decisão que respeite a melhor forma de democracia representativa, em decorrência, surge a proposta de dois princípios de atuação justa no governo: Igual-

dade e Equidade (IBIDEM, 2000).

As questões que envolvem direito e democracia enfatizam os princípios, porque defendem com relevância o princípio da maioria, enquanto liberdade de participação na produção do direito e na construção das instituições, origem da autoridade. Questões que pretendem compatibilizar a regra da maioria com os princípios democráticos para a busca do consenso e, conseqüentemente, a construção conflitiva e nunca acabada da democracia (CAMPILONGO, 1997).

O juízo de constitucionalidade das políticas públicas realça a introdução, no mundo do direito público, do conceito de política pública, tendo embasamento em DWORKIN: *“A política, contraposta à noção de princípio designa ‘aquela espécie de padrão de conduta [standard] que assinala uma meta a alcançar, geralmente uma melhoria em alguma característica econômica, política ou social da comunidade, ainda que certas metas sejam negativas, pelo fato de implicarem que determinada característica deve ser protegida contra uma mudança hostil’.* Daí porque as argumentações jurídicas de princípios tendem a estabelecer um direito individual, enquanto as argumentações jurídicas de políticas visam a estabelecer uma meta ou finalidade coletiva” (COMPARATO apud BUCCI, 2002 - p. 253).

O processo civilizatório é compatível com o constitucionalismo, através da realização do ideal democrático que se faz com o princípio marjoritário e com o compromisso na efetivação dos direitos fundamentais. A Teoria Crítica veio dar ao direito a perspectiva de uma dimensão transformadora e emancipatória

com respeito às potencialidades da legalidade democrática. O Direito Constitucional está no centro do sistema jurídico e tem a função de filtragem constitucional de todo o direito infraconstitucional, conseqüentemente, é um aliado valioso e eficaz na superação dos ciclos de atraso e no amadurecimento dos povos, exigindo engajamento e ideal. O aprofundamento democrático impõe: resgate de valores éticos, exercício de cidadania e projeto de país inclusivo de toda a gente (BARROSO, 2001).

2.3. A Responsabilidade Político – Administrativa

Agente político é uma espécie do gênero agente público. Toda e qualquer pessoa que exerce uma função pública está investido da correspondente competência. Os agentes políticos exercem funções públicas, podendo consistir na prática de atos políticos ou, na prática de atos administrativos. Em qualquer caso, porém, não são isentos de responsabilidade, numa decorrência do sistema republicano adotado pela Constituição. No regime republicano baseado na igualdade entre as pessoas, todo governante, cidadão investido numa função de comando, governa por força de uma outorga dos governados, dos iguais, e, em não sendo fiel ao mandato recebido, pode ser responsabilizado. O sistema jurídico brasileiro comporta várias espécies de responsabilidade aplicáveis aos agentes políticos, conforme a específica ação praticada: política, patrimonial, penal, por improbidade administrativa, popular e fiscal (DALLARI, 1999).

O crime de responsabilidade era previsto já no texto constitucional de 1946, remetendo para a legislação ordinária a sua tipificação e o seu julgamento (Lei nº 1.079/50), a qual continua em vigor, a despeito de algumas incompatibilidades constitucionais, dificultando sua aplicação. Não se questiona a possibilidade de responsabilização de agentes políticos pela prática de atos políticos. O julgamento é político, mas devem ser observadas as garantias constitucionais inerentes à ampla defesa e à representação política. A sanção aplicável será a perda do mandato ou do cargo e, também, a inabilitação para o exercício de função pública. A responsabilidade política, na qual incorre quem pratica ato tipificado como crime de responsabilidade, identifica-se como infração político-administrativa. As demais espécies de responsabilidade são atribuíveis a todos os agentes públicos, inclusive os agentes políticos. A responsabilidade patrimonial do agente político, também designada como responsabilidade civil (CF/ 1988, artigo 37, § 6º), consiste na atuação regressiva contra o agente público causador do dano, que na prática é somente aplicada a servidores públicos subalternos. Não é hábito, no Brasil, responsabilizar agentes políticos por desvios de conduta que acarretam indenizações vultosas. Mas, numa perspectiva estritamente jurídica, é certo que os agentes políticos não são imunes à responsabilidade patrimonial. A responsabilidade penal depende da prática de quaisquer dos atos tipificados no Código Penal, no Título que cuida dos Crimes Contra a Administração Pública. O conceito de funcionário público, para efeitos penais, é amplo, abrangendo todo aquele que exerce função pública, incluindo os agentes políticos (IDEM, 1999).

A responsabilidade pela prática de atos de improbidade administrativa (CF/

1988, artigo 37, § 4º) prevê penas de suspensão dos direitos políticos, perda de função pública, indisponibilidade de bens e ressarcimento ao erário, sem prejuízo da ação penal cabível. Essa espécie de responsabilidade (Lei nº 8.429/92) é atribuível à pessoa que exerça função pública, ainda que transitória e sem remuneração, sendo investido por meio de mandato, cargo, emprego ou função, na administração direta e na indireta, e ainda, em entidades que recebem subvenções, benefício ou incentivo do Poder Público ou para cuja criação ou custeio o erário tenha concorrido. Responsabilidade popular é aquela decorrente da condenação em Ação Popular (CF/ 1988, 5º, LXXIII, e Lei nº 4.717/1965), que trata da prática de ato ilícito e danoso ao patrimônio público em seu sentido mais amplo. Esta modalidade de responsabilização chegou a produzir bons resultados, mas, atualmente, perdeu sua função inicial, porque as ações populares propagam-se nos períodos pré-eleitorais, quando produzem efeitos deletérios para a reputação dos réus, caindo no desinteresse depois do pleito (IBIDEM, 1999).

Há diversas razões que levam a ineficácia na aplicação da legislação pertinente à responsabilidade do agente político, dentre as quais estão: a falência do sistema político eleitoral, a tolerância com a transgressão da lei e a ineficiência da administração pública, o intenso corporativismo que marca as instituições, o exagerado formalismo dos processos e, o pouco prestígio do texto constitucional. O Brasil, ainda não atingiu um grau de maturidade social suficiente para que cada cidadão isoladamente, os diversos segmentos da sociedade civil e o corpo social como um todo, percebam a importância da defesa dos direitos inerentes à cidadania. Perdas patrimoniais são lamentadas, mas a sub-

tração de direitos não causa repulsa suficiente para promover a mobilização necessária (IBIDEM, 1999).

2.4. A Responsabilidade Fiscal

A responsabilidade fiscal já vinha sendo objeto de atenção da Administração Pública, mas foi com a Lei de Responsabilidade Fiscal, em atenção a um comando constitucional (artigo 163), que se estabeleceram as normas orientadoras das finanças públicas no país. O objetivo central desse texto legal foi o de aprimorar a responsabilidade na gestão fiscal dos recursos públicos, através de ação planejada e transparente, possibilitando a prevenção de riscos e a correção de desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas. Com tal medida, pretendeu-se o acesso do público às contas públicas, utilizando para tal fim instrumentos que pudessem promover a transparência da gestão fiscal, como: plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias, lei orçamentária anual, prestações de contas com respectivo parecer prévio, relatório resumido da execução orçamentária e relatório de gestão fiscal (FURTADO, 2005).

2.5. A Responsabilidade Penal

O Princípio da dignidade humana é o fundamento do Estado Democrático de Direito, uma vez que a vida é o bem jurídico de maior relevância (Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 1º e CF/1988, artigo 1º, III). Nessa direção, Direito à Saúde e Direito Penal entrelaçam-se, na defesa da proteção da vida humana. ROXIN (2000) afirma que a dignidade humana tem como característica a de ser um fim em si mesma, visto que a proteção à vida e, em decorrência, à dignidade humana, serem elementos centrais do princípio democrático, já que vida não está disponível por qualquer motivo, encontrando-se passível de ponderação diante de outros valores jurídicos de maior hierarquia.

Na busca do equacionamento para as questões penais que atendam à sociedade complexa, ROXIN apresentou, já na década de 1970, o sistema funcionalista, numa proposta de orientação político-criminal à dogmática penal, em consonância com os princípios constitucionais. Assim, surge a teoria da imputação objetiva. Na teoria da imputação objetiva o injusto típico deixa de ser um acontecimento, primariamente, causal ou final, para se tornar a realização de um risco não permitido dentro do âmbito do respectivo tipo penal. Há a expansão da culpabilidade, quanto à prevenção e à responsabilidade. A responsabilidade pressupõe a culpabilidade do autor e a necessidade preventiva, geral ou especial, de punição. O Estado Social e o Estado de Direito compõem-se em uma unidade dialética, conseqüentemente, a submissão ao direito e, a adequação da política-criminal, constituem-se numa síntese (ROXIN, 2002).

As categorias do delito: tipicidade, antijuridicidade e culpabilidade; devem

ser observadas, desenvolvidas e sistematizadas, em consonância com a função político-criminal. O tipo guarda a influência da idéia de determinação legal. A antijuridicidade trata da regulação, socialmente correta: interesse e contra-interesse. A culpabilidade importa-se com a questão normativa da aplicação da pena diante de um comportamento punível, ficando referenciada pelo dever social, respeitado o princípio da culpabilidade com as considerações de prevenção geral e especial. O fazer e o não fazer são definidos pelas relações sociais, constituindo-se de relevância para a determinação do tipo penal (IDEM, 2002).

A valoração político-criminal é o fundamento dedutivo do sistema, devendo complementar-se pela indução, que se encontra no exame da realidade e dos problemas com os quais se defrontará o valor, concretizado nesses diferentes grupos de casos. Um mesmo valor trará conseqüências diversas, dependendo das peculiaridades da matéria regulada. A teoria da imputação objetiva reformula o tipo penal objetivo, exigindo que, ao lado da causação da lesão ao bem jurídico, esteja a conseqüência de um risco não permitido e, da realização deste risco no resultado.

Assim, a imputação objetiva analisa a tipicidade do fato sob a perspectiva de um tipo penal de conteúdo valorativo. Os critérios fundamentais para a imputação são os padrões normativos, em virtude de decisões político-criminais. O tipo outorga significação social às condutas e, é em seu conteúdo normativo, que a imputação objetiva tem discussão, como função limitadora para o alcance da proibição penal. Trata-se de se imputar a uma pessoa a realização de

uma conduta criadora de um risco ou perigo proibido ou de provocação de um resultado jurídico.

A teoria da imputação objetiva criou um novo sistema para a base da responsabilidade, justamente, o risco desaprovado. Seguramente, a determinação da imputação objetiva está apoiada na realização do risco não permitido e seu resultado diante do bem jurídico. Assim, a conduta somente poderá ser imputada ao criador do fato se possível uma situação de risco desaprovado de forma a colocar o bem jurídico sob este perigo.

2.6. Responsabilidade Civil

O novo perfil do Direito Civil no Brasil segue a tendência internacional, no qual o princípio da liberdade (autonomia individual) enfrenta o princípio da igualdade (liberdade coletiva, solidariedade objetiva e lealdade social). A constitucionalização do Direito Civil reflete o fenômeno no qual a ordem civil vem sendo submetida às diretrizes constitucionais. O público e o privado entrelaçaram-se no processo denominado publicização do direito privado, privilegiando, assim, o interesse social, numa evolução do direito civil, marcando a tendência de uma justiça social. Hoje são três os grupos de direito ou de interesse: público, privado e social. Todos como partes sincronizadas de um mesmo todo, mas cada um com suas particularidades. O Direito passa a ser visto como um sistema em construção: móvel, aberto, permeável e sensível, à

natural evolução dos fatos e às constantes mutações axiológicas. Confirma a imprescindibilidade de se considerar a realidade social contemporânea na edição da norma e, sobretudo, a vigente (TEPEDINO, 1993).

Foi no calor do individualismo, a partir dos importantes acontecimentos do século XVIII, a Revolução Francesa e a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, quando brotaram dois anseios: limitar o poder político do governante, submetendo-o também à legalidade e, assegurar autonomia aos indivíduos, principalmente na órbita econômico-patrimonial. Rompia-se com os postulados do *Ancien Régime*, vigentes desde o final da Idade Média, promovendo a abertura da Era Moderna, sob a influência do Estado liberal.

Na crise de codificação verificou-se a pulverização de diplomas, enfatizando novas categorias de interesses, como os individuais homogêneos, os coletivos propriamente ditos e os difusos, todos denominados sociais. Cresceu a consciência de que o Estado mínimo reforça as desigualdades sociais. Notou-se que o Estado precisa intervir nas relações particulares, restringindo a vontade e autonomia individuais, equilibrando as equações materialmente distorcidas. Assim, a constitucionalização do Direito Civil sintetiza o fenômeno pelo qual a ordem civil, ordinariamente privada, é submetida às diretrizes da Lei Maior, direta ou indiretamente. O Direito Civil deve ser interpretado segundo a Constituição, respeitando, por conseqüência, os princípios constitucionais, porque o direito deve servir à promoção de uma sociedade digna e justa, fazendo prevalecer a solidariedade social sobre o individualismo, valorizando a ética (CAMACHO SANTOS, 1993).

2.6.1. Teoria do risco e constitucionalização do Direito Civil

O interesse é um conceito vinculado a uma determinada necessidade ou a satisfação do bem estar. Qualquer necessidade para ser satisfeita deve ter associado o bem disponibilizado, determinando a dinamização de políticas públicas que persigam determinados fins, que resultem em benefício do conjunto social. São os denominados interesses transindividuais, cuja dimensão social é inalienável, estando sua tutela sob a responsabilidade dos agentes públicos. A Constituição prevê a responsabilidade do Estado e seus agentes pela preservação do interesse público, informando o princípio constitucional da responsabilidade civil objetiva do Poder Público (CALMON de PASSOS, 2001).

A Teoria da Responsabilidade Objetiva do Estado encontra-se fincada na Teoria do Risco, onde se diz que há igualdade de ônus e encargos sociais, reparando-se por todos tanto os benefícios da atuação estatal como os prejuízos experimentados por poucos. A idéia de culpa é substituída pelo nexo de causalidade entre o funcionamento do serviço público e o prejuízo sofrido pelo administrado, sendo indiferente se agiu com ou sem regularidade.

A Teoria do Risco Administrativo consagrada em sucessivos documentos constitucionais brasileiros (desde a Carta Política de 1946) vem conferir fundamento doutrinário à responsabilidade civil objetiva do Poder Público pelos danos a que os agentes públicos derem causa, por ação ou omissão. Essa teoria faz emergir, a partir da ocorrência do ato lesivo causado à vítima pelo Es-

tado, o dever de indenização pelo dano pessoal e ou patrimonial sofrido, independentemente, de caracterização de culpa dos agentes estatais ou de demonstração de falta do serviço público. O dispositivo constitucional prevê, ainda, o direito de regresso da Administração Pública contra o agente público, que deu causa ao dano, desde que tenha agido com dolo ou culpa, decorrente da responsabilidade civil subjetiva desse agente, no exercício de sua função, necessariamente.

2.7. Responsabilidade Sanitária

A responsabilidade sanitária consiste no conjunto de responsabilidades decorrentes do direito à saúde um direito social considerado como direito humano de segunda geração. Trata-se de um direito do cidadão e de um dever do Estado garantido constitucionalmente por meio do desenvolvimento de políticas públicas que reduzam riscos de doença e outros agravos e que visem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para à promoção, à proteção e à recuperação da saúde do cidadão (individual) e o bem-estar de todos (coletiva).

O texto constitucional adotou um conceito de saúde com ampla abrangência. Daí o direito à saúde poder ser considerado individual, coletivo e difuso por ser prerrogativa indisponível assegurada ao cidadão indistintamente. Para a proteção do direito à saúde pode-se recorrer à via administrativa ou a via judicial. O direito à saúde encontra a proteção do Ministério Público, fiscal da lei e defensor da sociedade.

Para se ver garantido o direito à saúde foi desenvolvido um sistema único, descentralizado e hierarquizado, com direção única em cada esfera de governo exercida pelos gestores públicos de saúde que estarão responsabilizados pelo desenvolvimento das ações, na sua esfera de atuação, promovendo o acesso dos cidadãos aos bens e aos serviços de saúde. A Carta Política de 1988 ainda prevê a participação popular através dos conselhos de saúde, nos três níveis de governo, que têm como atribuições o estabelecimento da política pública de saúde no seu âmbito de atuação e também a fiscalização das ações da gestão de saúde.

A gestão de saúde consiste numa pasta da Administração Pública, que deve obedecer aos princípios constitucionais estabelecidos. Dentre os princípios da gestão pública a serem observados está o princípio da eficiência. Esse se refere ao desempenho da gestão no seu âmbito de atuação, no sentido dessa promover impacto na realidade local (reduzir os riscos de agravos à saúde por meio de políticas públicas e promover a melhoria da qualidade de vida do cidadão). Os indicadores de saúde guardam em si as características necessárias para a aferição da atuação da gestão sanitária e, portanto, são úteis como elementos de verificação da responsabilidade da gestão.

CAPÍTULO III – A CONSTRUÇÃO DA RESPONSABILIDADE SANITÁRIA EFICAZ

3.1. O agir responsável proposto por Habermas

A responsabilidade proposta neste trabalho de pesquisa refere-se à questão filosófica da atuação da gestão sanitária, buscando embasamento teórico no agir responsável defendido por HABERMAS (1997) e demonstrado a partir da Teoria do Agir Comunicativo e da Teoria da Modernidade, quando ficam estabelecidas as correlações entre direito e prática. O modo discursivo de socialização tem que ser implantado através do direito. O direito positivo serve para a redução da complexidade social, havendo o entendimento possível à luz dos direitos fundamentais.

Nesse caminho, o pensamento habermasiano aponta para o sistema político que assuma a articulação das necessidades públicas relevantes, dos conflitos latentes, dos problemas recalcados, dos interesses que não se deixam organizar. Processos institucionalizados podem promover um agir político responsável, dando validação aos critérios do agir (objetivo, social e temporal). Nas atuais sociedades fragmentadas, as políticas negociadas trazidas pelo neocorporativismo entram em conflito com grupos da população periférica da sociedade, fracamente organizada e protegida apenas através de direitos fundamen-

tais, conseqüência da distribuição desigual de ressarcimentos individuais e da privação de bens coletivos, atingindo seletivamente diferentes classes sociais.

A linguagem comum multifuncional é um *medium* do agir orientado pelo entendimento, através do qual o mundo da vida se reproduz e os próprios componentes do mundo da vida entrelaçam-se, formando uma rede de ações comunicativas. Alguns desses sistemas de ação, funcionalmente especializados, tornam-se independentes, em relação aos domínios de ação integrados socialmente através de normas, valores e entendimentos, passando a produzir códigos próprios. A institucionalização jurídica dos meios de regulação permite ancoreção no componente social do mundo da vida, revestindo a linguagem do direito, circulando, assim, por toda sociedade. A esfera pública pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e opiniões, filtrando, sintetizando e condensando opiniões públicas enfeixadas em temas específicos. As estruturas comunicacionais da esfera pública aliviam o público da tarefa de tomar decisões, reservando-as às instituições (HABERMAS, 1997).

O sucesso da comunicação pública mede-se pela produção de critérios formais para o surgimento de uma opinião pública qualificada. Vista pelo lado normativo, a comunicação pública fundamenta uma medida para a legitimidade da influência exercida por opiniões públicas sobre o sistema político. Opiniões públicas representam potenciais de influência política, que podem ser utilizados para interferir no comportamento eleitoral das pessoas ou na formação da vontade nas corporações parlamentares, governos e tribunais. O público dos

sujeitos privados tem que ser convencido através de contribuições compreensíveis e interessantes sobre temas que eles sentem como relevantes. O público possui esta autoridade. Somente as esferas da vida privada dispõem de uma linguagem existencial, na qual é possível equilibrar, numa história de vida, os problemas gerados pela sociedade. Os problemas tematizados na esfera pública política transparecem, inicialmente, na pressão social exercida pelo sofrimento refletido no espelho de experiências pessoais de vida. A esfera pública retira seus impulsos da assimilação privada de problemas sociais que repercutem nas biografias particulares (IDEM, 1997).

Os processos públicos de comunicação são tanto mais isentos de distorções quanto mais estiverem entregues a uma sociedade civil oriunda do mundo da vida. A complexidade organizacional, as fontes, a profissionalização, não bastam para estabelecer a distinção entre atores nativos e atores aproveitadores. Os interesses representados não indicam por si mesmos a origem dos atores. Existem outros indicadores mais confiáveis. Eles se distinguem pelo modo de identificação. As estruturas comunicacionais da esfera pública estão muito ligadas aos domínios da vida privada, fazendo com que a sociedade civil, possua uma sensibilidade maior para os novos problemas, conseguindo captá-los e identificá-los. Os temas partidos da periferia dão entrada onde encontram acesso. À medida que um mundo da vida racionalizado favorece a formação de uma esfera pública liberal com forte apoio numa sociedade civil, a autoridade do público que toma posição se fortalece no decorrer das controvérsias públicas (IBIDEM, 1997).

A reconstrução revelou que os direitos fundamentais e os princípios do Estado de direito explicitam apenas o sentido performativo da autoconstituição de uma comunidade de parceiros do direito, livres e iguais. Prática que é perenizada na organização do Estado Democrático de Direito. Toda constituição histórica desenvolve uma dupla relação com o tempo. Primeiro, enquanto documento histórico, relembra o ato de fundação que interpreta, marcando um início no tempo e, simultaneamente, enunciando seu caráter normativo, relembra que a tarefa de interpretação e de configuração do sistema dos direitos se coloca para cada geração, como uma nova tarefa. Segundo, enquanto projeto de uma sociedade justa, a constituição articula o horizonte de expectativas de um futuro antecipado no presente (IBIDEM, 1997).

Em decorrência de pressões sociais, reflexos de sofrimentos pessoais, a Saúde está consagrada como tema constitucional de relevância, fazendo com que forças políticas locais promovessem a assunção pelo ente federado das atribuições no Setor Saúde. Assim, enquanto código próprio da ação funcional da gestão em Saúde Pública, os indicadores de saúde contêm em si, a linguagem do meio de agir do gestor sanitário, diante da reprodução do mundo da vida pela esfera pública, numa forma institucionalizada de comunicação pública dos conteúdos das tomadas de decisão desse agente político. Os indicadores de saúde, porque obedecem a critérios formais, constituem-se, ainda, em elementos de prestação de contas da gestão sanitária, porque sintetizam uma linguagem setORIZADA, propiciando o surgimento da opinião pública sobre o sistema político, influenciando os comportamentos individuais eleitorais.

3.2. O agir responsável sanitário

Os princípios e as diretrizes constitucionais estão disciplinados e neles contidos os deveres a serem assumidos pela gestão de saúde pública, competência essa de cada uma e de todas as esferas de governo. Como os indicadores de saúde têm o caráter de refletir a atuação da gestão local, constituem-se tanto em elementos de aferição quanto em elementos corretores. Daí porque os indicadores de saúde ser objeto de normatização pelo Sistema Único de Saúde - SUS impostos à gestão sanitária.

Assim, cada vez que um indicador de saúde estiver em desacordo com a correspondente meta pactuada a gestão sanitária local poderá ser responsabilizada. Tal responsabilização justifica-se porque a gestão não promoveu os meios necessários para o desenvolvimento da política pública de saúde e, conseqüentemente, feriu ditame constitucional, impedindo, dificultando ou se omitindo no dever de proteger um direito humano fundamental, o Direito à Saúde, cuja realização depende de providências positivas do Poder Público.

3.2.1. Por um Pacto Sanitário Responsável

No Pacto pela Saúde 2006, firmado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (em 26 de janeiro de 2006), está nítida a intenção dos gestores em con-

solidar o Sistema Único de Saúde – SUS. Para operacionalizar o referido Pacto será formalizado um compromisso público, no qual estarão contidos expressamente objetivos e metas, tendo como instrumento o Termo de Compromisso de Gestão, cujo detalhamento encontra-se no Documento de Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Firmaram-se três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O primeiro, o Pacto pela Vida, prevê um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise situacional de saúde, definindo as prioridades pelas três esferas de governo, retratando o impacto das ações no campo da saúde através de resultados. O Pacto em Defesa do SUS vem reforçar o Sistema através de política de Estado, enquanto política pública constitucional, tendo como nortes, o direito de cidadania e o financiamento público da saúde. O Pacto de Gestão do SUS estabelece responsabilidades para cada ente federado, buscando o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do Sistema Único de Saúde e incentiva a regionalização e a descentralização, respeitados os princípios orientadores, o controle social, as diretrizes para o financiamento público tripartite.

Mais uma vez fica reforçada a importância dos indicadores de saúde como aferidores da gestão sanitária, sendo que a proposta contida no Pacto pela Saúde prevê o monitoramento da gestão através desses instrumentos de aferição, o que reforça o cabimento da responsabilização através dos indicadores de saúde.

3.2.2. A importância dos indicadores de saúde para a construção da Responsabilidade Sanitária

ORTIZ (2001) destaca os registros de eventos vitais dentre as fontes tradicionais de informações sobre a saúde e, em especial, os registros de óbitos. Argumenta que tal fato deve-se à natureza inquestionável e não-renovável do evento, à obrigação legal de seu registro, à disponibilidade de longas séries históricas com detalhes sobre idade, sexo, causa de morte, dentre outras características, o que é facilitador para a construção de indicadores robustos para fins analíticos e com grau de desagregação espacial satisfatório. Prossegue sustentando que o recurso à mortalidade infantil como indicador de avaliação das condições de vida das crianças justifica-se por ser este um dos índices mais aceitos para medir não apenas o estado de saúde da população, mas também da sociedade. São feitas distinções que permitem a diferenciação das medidas preventivas a serem adotadas, como faixa etária e origem das mortes, endógena (causas provenientes de fatores congênitos e relacionados com o parto) ou exógena (causas relacionadas ao aumento do risco de infecções). Defende que na atualidade, em decorrência do conhecimento técnico científico, é possível reduzir significativamente os níveis de mortalidade infantil, mediante procedimentos simples e de baixo custo.

ORTIZ (2001) propõe a adoção do critério de evitabilidade, o que permite a realização de um acompanhamento continuado de determinadas causas de mortes, tornando, assim possível a classificação das causas de morte em evitá-

veis e não-evitáveis. Os grupos de causas de óbitos são os seguintes: Evitáveis/ Reduzíveis: imunoprevenção; adequado controle na gravidez; adequada atenção ao parto; ações precoces de prevenção, diagnóstico e tratamento, e parcerias com outros. Além das Não-evitáveis - doenças com alta letalidade, sem possibilidade de intervenção e das Mal definidas indicando o grau de acesso da população aos serviços de saúde e a capacidade de diagnóstico desses serviços.

Nesse sentido podem ser enumerados alguns indicadores de saúde institucionalizados que refletem a situação de saúde de uma determinada população, como pode ser verificado no primeiro eixo que pretende avaliar a Atenção Básica de Saúde, em seu item que trata da Redução da Mortalidade Infantil e Materna, com destaque para o coeficiente de mortalidade infantil. Outro indicador que complementa esse coeficiente é o percentual de parturientes com cobertura de sete ou mais consultas pré-natais. A proporção de partos e abortamento em adolescentes também constitui um indicador referente à saúde da mulher. A cobertura vacinal compõe os indicadores que estão alojados no controle de doenças e agravos prioritários. Há ainda um tópico que trata apenas das imunizações, agregando tanto a cobertura vacinal contra a poliomielite em crianças menores de cinco anos, quando a cobertura vacinal contra influenza em idosos. Nos indicadores que refletem o diagnóstico laboratorial de agravos à saúde pública pode-se encontrar a proporção de gestantes do SUS com pelo menos um teste de VDRL (verificação de sífilis) realizado no momento do parto e a realização de testagem do HIV (vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em gestantes.

Há um item que trata exclusivamente da Alimentação e Manutenção dos Sistemas de Informação em Saúde: SIM (Sistema de Informação de Mortalidade); SINASC (Sistema Informação de Nascidos Vivos); SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que irão refletir o funcionamento do sistema de saúde e, principalmente a regular alimentação do correspondente sistema de informação, visando propiciar instrumentos de planejamento para a gestão sanitária e ainda promover a transparência das ações. Outros sistemas de informação que por serem alimentados irão refletir em indicadores de saúde: PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações) relaciona-se aos indicadores de imunoprevenção; SISPRENATAL (Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal) relaciona-se ao indicador referente ao número de consultas por gestante no pré-natal; SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) relaciona-se à vários indicadores da atenção básica; HIPERDIA (Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) como já denominado aos portadores de diabetes e hipertensão, dentre outras correlações possíveis.

Em referência a Emenda Constitucional EC n. 29/2000, na qual a Saúde Pública passa a ter a destinação obrigatória de 15% do orçamento de cada ente federado para seu funcionamento, foi instituído o SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde). Tal sistema não se refere diretamente a indicador de saúde, mas um indicador de responsabilidade fiscal, portanto avalia a regularidade de investimento no sistema local de saúde e é acompanhado pelo Tribunal de Contas correspondente, porém antes deve ser apreciado pelo Conselho de Saúde local.

São quarenta (40) os indicadores do primeiro eixo que tratam da Avaliação da Atenção Básica e quarenta e sete (47) os indicadores do segundo eixo, que por sua vez, tratam da Vigilância em Saúde. O primeiro eixo tem com itens: Redução da Mortalidade Infantil e Materna (contida a mortalidade infantil e materna); Controle de Doenças e Agravos Prioritários (contida além da imunização em menores de um ano contra difteria, tétano, coqueluche, hemófilos e influenza, os coeficientes referentes à mortalidade feminina por câncer, os controles de hipertensão, diabetes, tuberculose e saúde bucal, somados aos indicadores referentes a qualidade da água – bacteriológico, flúor e cloro); acompanhados de Melhoria de Gestão, Acesso e Qualidade, Reorientação e Descentralização e Qualidade do Controle Social. O segundo eixo tem itens relacionados a notificações, investigações, diagnósticos laboratoriais, controle de doenças, imunizações, monitoramentos, alimentação dos sistemas de informações e procedimentos de vigilância.

Para a construção de indicadores de saúde com a finalidade de avaliação da gestão de saúde pública percorreu-se um longo caminho até que fossem incluídos no arcabouço legal sanitário, procurando traduzir a ciência aplicada que constitui a Saúde Pública. Nesse sentido, emerge a obrigatoriedade da análise dos indicadores de saúde tanto para a aferição do impacto da gestão sanitária na realidade, quanto para a correção de rumos, constituindo-se em instrumentos de avaliação e de planejamento.

3.2.3. Mecanismos de controle

A Carta Constitucional de 1988 tem como fundamento assegurar os valores da dignidade e do bem-estar da pessoa humana, como um imperativo de justiça social. Nesse sentido e acompanhando a visão de CANOTILHO, a tutela dos direitos coletivos e difusos é incorporada, direitos esses caracterizados pela indefinição objetiva e pela indivisibilidade de seu objeto. No intuito de reforçar a imperatividade das normas que traduzem direitos e garantias fundamentais, institui o princípio da aplicabilidade imediata das normas definidoras de direitos e garantias fundamentais (artigo 5º, parágrafo 1º). Inadmissível, por consequência, a inércia do Estado quanto à concretização de direito fundamental, posto que a omissão estatal viola a ordem constitucional, tendo em vista a exigência de ação, o dever de agir no sentido de garantir direito fundamental. São normas diretamente reguladoras de relações jurídico-materiais (PIOVESAN, 2006).

No campo das garantias fundamentais, a ordem constitucional de 1988 também introduz inovações. Ao lado de garantias tradicionais, como o *habeas corpus*, o mandado de segurança e a ação popular, a Carta de 1988 estabelece como novas garantias constitucionais o mandado de injunção, o *habeas data* e o mandado de segurança coletivo. No tocante à garantia da ação popular, a Carta de 1988 amplia seu objeto, para envolver a proteção da moralidade administrativa. Alarga ainda o objeto da ação civil pública, tornando-a instrumento de proteção de todo e qualquer direito difuso ou coletivo. Passam a ser

tuteláveis por meio da ação civil pública os direitos sociais, onde está incluído o direito à saúde, configurando-se num importante mecanismo de proteção de direitos que demandam o cumprimento de tarefas positivas (IDEM, 2006).

Carta Política de 1988 prevê que a implantação efetiva dos direitos sociais depende da realização de políticas públicas. A participação da sociedade civil é fundamental para a eficácia do desenvolvimento de políticas públicas. As normas e estruturas institucionais também estão estabelecidas constitucionalmente e visam o cumprimento de seus princípios e regras, bem como a aplicação de sanções àqueles que os descumprem, portanto, estabelece mecanismos de autodefesa.

O Ministério Público é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional da justiça e que tem entre suas atribuições a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (artigo 127, CF/1988). Cabe ao Ministério Público zelar pelo efetivo respeito: aos poderes públicos, aos serviços de relevância pública e aos direitos assegurados na Constituição, promovendo para tanto as medidas necessárias para a sua garantia (artigo 129, CF/1988). O Ministério Público age na defesa de direitos sociais, extra-judicialmente, por meio de inquérito civil público ou procedimento administrativo correlato, judicialmente, com a propositura de ação civil pública (Lei n. 7.347/85). A ação civil pública também pode ser proposta por associação, que esteja constituída há pelo menos um ano e inclua entre suas finalidades a defesa dos interesses e direitos sociais (FRISCHEISEN, 2006).

A participação da sociedade civil na elaboração e implementação de políticas públicas relativas aos direitos sociais está prevista constitucionalmente e deverá ser realizada por conselhos gestores de políticas públicas regulados por leis ordinárias. A importância dos conselhos está em fortalecer a participação democrática da população na formulação e na implementação de políticas públicas sociais. Na hipótese das normas relativas aos conselhos não estarem sendo cumpridas ou as diretrizes dos conselhos não estarem sendo implementadas, quando a lei obrigar a tanto, o Ministério Público poderá ser acionado por qualquer cidadão e deverá ser informado dessa ocorrência por conselheiro de saúde (IDEM, 2006).

O Ministério Público promove também ações de improbidade resguardada por diploma legal (Lei n. 8.429/92, que regulamentou dispositivos do artigo 37, CF/1988), visando punir os administradores do patrimônio e dos bens públicos, quando esses cometem atos lesivos ao erário ou enriquecem ilícitamente. Nesse prisma, o mau uso de verbas públicas pode caracterizar ato de improbidade (IBIDEM, 2006).

O controle externo das contas públicas do Poder Executivo é de responsabilidade do Poder Legislativo e é executado pelo Tribunal de Contas correspondente (artigos 70 e 71 da CF/1988). O controle interno do Executivo, no âmbito federal, é realizado pela Controladoria Geral da União, tendo sido institucionalizado para tanto um sistema de controle (Decreto n. 3591/2006). Integram o Sistema de Controle Interno do Executivo Federal a Auditoria e a Ouvidoria. No Ministério da Saúde, a Auditoria é exercida pelo Departamento Nacio-

nal de Auditoria do Sistema Único de Saúde – DENASUS e a Ouvidoria pela Ouvidoria Geral do SUS. As outras esferas de governo, estaduais e municipais, organizaram-se assemelhadamente de forma integrada.

3.2.4. Dever do Estado de prestação social

COMPARATO (2006) quando trata dos direitos às prestações sociais refere-se à função do Estado de transformação social através da eliminação progressiva das desigualdades (função estatal ativa). Constituem-se em mecanismos jurídicos realizadores dos direitos humanos a prestações sociais. A condição maior para a transformação da sociedade por via da ação estatal é a instituição de um planejamento global e vinculante.

O Executivo é sempre apontado como o grande fator de abuso, porque é dotado de poder ativo, das prerrogativas constitucionais de impelir, comandar e tomar as iniciativas. Na civilização contemporânea, em que as exigências de igualdade e bem-estar social tendem à universalidade, as omissões estatais tornam-se verdadeiros crimes coletivos. A falta de escolas, de saúde pública, de controle ecológico, por exemplo, aparecem sempre mais como violações caracterizadas dos direitos humanos (COMPARATO, 2006).

O verdadeiro fiscal do Poder deve ser sempre o cidadão ou o conjunto dos cidadãos organizados em associações. No tocante aos abusos comissivos, essa

legitimidade dos cidadãos para propor ações judiciais no interesse coletivo já existe. É a ação popular, pela qual qualquer eleitor pode pedir em juízo o desfazimento de atos da Administração Pública lesivos ao Erário, ou ao patrimônio artístico e cultural do país (IDEM, 2006).

Todos os que exercem o poder público são sujeitos ao império impessoal da lei. A proteção dos direitos humanos é uma questão de organização de poderes na sociedade (os chamados Poderes Públicos) que assumem papel decisivo. A experiência histórica indica que uma sociedade bem organizada deve sempre manter uma boa cópia de poderes nas mãos dos próprios cidadãos, como o necessário corretivo aos desvios e abusos que acabam sempre por se instalar na organização estatal. Da sábia montagem de mecanismos de fertilização recíproca, entre essas duas técnicas políticas, dependerá a sobrevivência do homem, em sua eminente dignidade de pessoa (IBIDEM, 2006).

SÍNTESE CONCLUSIVA

O princípio da dignidade humana está esculpido na Constituição Federal como cláusula pétrea, direcionando o Estado Democrático de Direito. Princípio que se constitui num dos elementos fundadores do sistema jurídico e garantidor da construção, sempre continuada, da democracia.

Democracia composta pelo diálogo entre liberdade e igualdade, reflexo da sociedade contemporânea, que visa enfrentar o mundo da vida. Essa expressão habermasiana indica a relevância da proteção à vida, diante da diversidade de realidades impostas pela revolução tecnocientífica.

A execução do papel do Estado realiza-se por meio da Administração Pública, cuja direção cabe a um agente político que deve apresentar os resultados da sua atuação com a devida transparência exigida pelo Estado de Democrático de Direito, promovendo o impacto correspondente no mundo da vida. O gestor público conta com a prerrogativa da discricionariedade, respeitados os limites impostos pelo ordenamento jurídico, exercendo o direito que lhe foi conferido de planejar.

As políticas públicas como instrumentos institucionalizados de gestão pública devem definir a ação do Estado, apontando no sentido de validar a atividade voltada para resultados futuros. Constituem-se em instrumentos de acompanhamento, controle e fiscalização da sociedade. Faz emergir a discussão ética

da responsabilidade dada a carência de parâmetros concretos para a ação cotidiana dos agentes públicos diante da discricionariedade, enquanto prerrogativa da Administração Pública. Soma-se a essa discussão o direito que o Estado recebeu de planejar o desenvolvimento nacional, o que exige a efetivação de condições para o pleno exercício dos direitos sociais.

Estão postas as formas de responsabilização pelo Direito Brasileiro à Administração Pública: político-administrativa, fiscal, civil e penal. Ressalta-se, a responsabilidade política do gestor de saúde pública, utilizando-se os indicadores de saúde como aferidores da execução da política pública de saúde. Esses indicadores são reconhecidos como elementos de avaliação do desempenho da gestão sanitária e, já estão institucionalizados com essa finalidade, numa confirmação de sua propriedade refletora da realidade local.

Os indicadores de saúde promovem a transparência da gestão sanitária, constituindo-se em elementos de prestação de contas, setorial e especializada, porque sintetizam a construção de critérios institucionalizados abrigados no princípio da segurança sanitária, esse decorrente do princípio de proteção da dignidade humana, princípio fundamental do Estado Democrático de Direito.

Desloca-se a responsabilidade observada apenas do prisma econômico financeiro, como usualmente decorre da legislação fiscal, para o mundo da vida, enquanto reflexo da atuação da Administração Pública, atendendo aos objetivos constitucionais fundamentais em construir uma sociedade livre, justa e solidária, garantir o desenvolvimento nacional, reduzir as desigualdades sociais

e prover o bem de todos sem distinção (CF/ 1988, artigo 3º, I, II, III e IV).

A autonomia conferida ao ente federado quando da assunção de atribuições que garantam os direitos sociais à população contida no seu âmbito de atuação, acarretará, conseqüentemente, na responsabilidade política correspondente.

A gestão sanitária tem o compromisso de promover o correspondente impacto na realidade local, tendo nos indicadores de saúde a síntese do dever de agir do gestor público de saúde, enquanto resultado desejado pela sociedade. Emerge desse processo a responsabilidade sanitária, na qual os indicadores de saúde são elementos de aferição de desempenho e de prestação de contas da gestão sanitária aos cidadãos, titulares do poder político. Nesse sentido, os indicadores de saúde constituem-se em instrumentos de responsabilização da gestão sanitária decorrente da sua capacidade de transparência e síntese.

BIBLIOGRAFIA

AITH, F. M. A. Teoria Geral do Direito Sanitário. [Tese de doutoramento] Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2006.

AKERMAN, M. A construção dos indicadores compostos para os projetos de cidades saudáveis: um convite para um pacto transetorial, In: VILAÇA, E. (org.) A organização da saúde em nível local. São Paulo, Hucitec, 1998.

ALMEIDA FILHO, N. Breve História da Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO (org.). Epidemiologia & Saúde. Rio: MEDSI, 1999, 5ª ed.

_____. Anotações sobre o conceito de risco epidemiológico. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/risc_epid.html> Acesso em 19.03.2006.

_____, e ROUQUAYROL, M. Z. Introdução à Epidemiologia. São Paulo: MEDSI, 1999, 4ª ed.

ARAGÃO, L. Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

ARANHA, M. I. (Org.). Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde. Coletânea de textos (Série E. Legislação de Saúde). Direito sanitário e saúde pública, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2003.

ARENDT, H. A Condição Humana. Rio de Janeiro e São Paulo: Forense - Universitária/ Salamandra/ Edusp, 1981.

ARRETCHE, M. T. S. – Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. In Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 14, n. 40, São Paulo, jun./ 1999.

_____ Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência das políticas públicas? Revista Brasileira de Ciências Sociais, nº 31, 1996.

AUSTIN, J. L. Quando dizer é fazer. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

AYRES, J. R. de C. M.. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. São Paulo: Revista de Saúde Pública n. 28, 1994.

_____ Epidemiologia e emancipação. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1995a.

_____ Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2002, 2ª ed..

BAHIA, S. J. C. Responsabilidade Civil do Estado. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

BANDEIRA DE MELLO, C. A. Curso de Direito Administrativo. 10ª ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

BARRETO, M. L. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: Costa, D. C. (org.) Epidemiologia – teoria e objeto. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993, p. 19-38.

BARROSO, L. R. Fundamentos teóricos e filosóficos do novo Direito Constitucional brasileiro. In: Revista Diálogo Jurídico, ano I, v. 1, n. 6, set./2001.

BECK, U. On the logic of wealth distribution and risk distribution. In: Risk Society. London: Sage, 1992.

BOBBIO, N. A Era dos Direitos. São Paulo: Editora Campus, 1996.

BONATO, G. Garantias Constitucionais e Processo Penal. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2002.

BREILH, J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: Unesp/Hucitec, 1991.

BRUNINI, W. Z. Da Responsabilidade Extracontratual da Administração Pública. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1981.

BUCCI, M. P. D. Direito Administrativo e Políticas Públicas. São Paulo: Saraiva, 2000.

BUENO, C. S., e PORTO F., P. P. R. Reflexões sobre Improbidade Administrativa no Direito Brasileiro, in Improbidade Administrativa - Questões Polêmicas e Atuais. São Paulo, Malheiros Editores, 2001, p.86 e seguintes.

BRITO e SILVA. Direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. In: Construção, Ação e Debate, 2004.

CAETANO, W. P. e outros. Saúde – Gestão Municipal. CONAM, out./1998.

CAHALI, Y. S. Responsabilidade Civil do Estado. 2.ed. São Paulo: Malheiros, 1995.

CAMACHO SANTOS, J. O novo Código Civil brasileiro em suas coordenadas axiológicas: do liberalismo à socialidade. In: Revista Virtual da Presidência da República, vol. 04, nº 45, fev./ 2003. Acesso em: 05.03.2006.

CAMPILONGO, C. F. Direito e democracia. São Paulo: Max Limonad, 1997.

CANOTILHO, J. J. G. Constituição dirigente e vinculação do legislador. Coimbra: Coimbra Editora, 1982.

_____ Direito Constitucional. Coimbra: Livraria Almedina, 1993. 3ª ed.

CARDOSO, C. F. e BRIGNOLI, H. P. Os Métodos da história; tradução de João Maia. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

CASTANHEIRA, E. R. L. Gerência do trabalho em saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde dos serviços públicos do Estado de São Paulo. São Paulo, 1996 [dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública/USP).

CASTIEL, L. D. A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências. In: Boletim ABRASCO, n. 77. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

CASTER, R. La Gestion de los Riesgos. Barcelona: Anagrama, 1986.

CESAR, C. L. G. Fatores de risco associados à mortalidade infantil em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo (BR), 1984 – 1985. Proposta de instrumentos preditivos. In Revista de Saúde Pública, v. 24, n. 4. São Paulo, ago./ 1990.

_____ e colaboradores. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. In Revista de Saúde Pública, v. 30, n.2. São Paulo, abr./ 1996.

CHAUÍ, M. Dialética e Teoria do Conhecimento. In: Introdução à História da Filosofia. São Paulo: Brasiliense, 1994, v. 1.

CICERO. Da República. São Paulo: Atena, s. d.

COHN, A. Estado, Políticas Públicas e Saúde. In: CANESQUI, A. M. (org.), Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1997.

COMPARATO, F. K. Para viver a Democracia. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____ Réquiem para uma Constituição. In: FIOCCA, D. & GRAU, E. R. Debate sobre a Constituição de 1988. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

_____ A democratização do poder. In: Rede Direitos Humanos e Cultura - DHnet. Acesso: 21.06.2004.

CRETELLA JR, J. Tratado de Direito Administrativo. Rio de Janeiro: Forense [s.d.].

_____ Manual de Direito Administrativo. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984.

_____ Direito Administrativo Brasileiro. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. In: Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n.2, Rio de Janeiro, mar – abr./2004.

_____ e RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço epidemiológico: uma interpretação histórica e epidemiológica. In Cadernos de Saúde Pública, v. 16, n. 3. RJ, jul. – set./ 2000.

DALLARI, Adilson de A. Autonomia Municipal na Constituição Federal de 1988. In: Cadernos de Direito Municipal, Revista de Direito Público n. 97. São Paulo, Revista dos Tribunais, jan. a mar./1991.

_____ A Responsabilidade do Agente Político. In: Jus Navigandi, Teresina, a. 4, n. 42, jun./2000. Elaborado em 09/1999. Acesso em: 01.12.2004.

DALLARI, Dalmo de A. Elementos da teoria geral do Estado. 15^a ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____ O Estado federal. São Paulo: Ática, 1986.

_____ **Democracia Direta e Ação Popular.** In: *Gazeta Mercantil de* 30.09.2005.

DALLARI, Sueli G. *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

_____ *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____ *A bioética e a Saúde Pública*. In: *Iniciação à Bioética*, 2004.

_____ *Acesso, qualidade e humanização em saúde: responsabilidades do Legislativo e Judiciário*. In: *11ª Conferência Nacional de Saúde*, 2004.

D'AMBROSIO, U. *O fazer matemático: uma perspectiva histórica*. In: *Anais do III Seminário Nacional de História da Matemática*, Vitória (ES), 28 – 31 mar./1999. Acesso em: 06.10.2004.

DECARTES, R. *Discurso sobre o Método*. Rio de Janeiro: Simões, 1952.

DEUTSCH, K. *Política e Governo*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1979.

DIAS, J. A. *Da Responsabilidade Civil*. Rio de Janeiro: Forense, 1995, 1ª ed. (revista e atualizada).

DILTHEY, W. *Introducción a las ciências del espíritu*. Madrid: Alianza Editorial, 1980.

DI PIETRO, M. S. Z. Direito Administrativo. 13^a ed. São Paulo: Atlas, 2001.

DWORKIN, R.. Uma questão de princípio; tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____ Levando os direitos a sério; tradução e notas de Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

DURKHEIM, E. Regras relativas à observação dos fatos sociais. In As regras do método sociológico. São Paulo: Nacional, 1990.

DUSSAULT La epidemiologia y la gestion de los servicios de salud. In: Boletim de Epidemiologia, OPS, 16(2); 1995.

ENGELS, F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Global, 1986.

FARIA, J. E. (org.) Direitos Humanos, Direitos Sociais e Justiça. São Paulo: Malheiros, 1994.

FERRAZ JR, T. S. Introdução ao Estudo do Direito: técnica, decisão, dominação. São Paulo: Atlas, 2003. 4^a ed.

FERREIRA F., M. G. Comentários à Constituição brasileira de 1988. São Paulo: Saraiva, 1990.

FIGUEIREDO, A. C. Instituições e Política no Controle do Executivo. In: Dados, v. 4, n. 4. Rio de Janeiro, 2001.

FIGUEIREDO, M. A Lei de Responsabilidade Fiscal - notas essenciais e alguns aspectos da improbidade administrativa. In: Revista Diálogo Jurídico, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, v. I, nº. 9, dez./ 2001. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 04.02.2006.

FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense/Universitária, 1987.

_____ As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FRANÇA, V. da R. Eficiência Administrativa na Constituição Federal. In: Jus Navigandi, Teresina, ano 5, v. 49, fev./2001.

FRIEDRICH, C. J. Public Policy and the Nature of Administrative Responsibility. In Alan A. Altshuler, *The Politics of the Federal Bureaucracy*. New York e Toronto, Dodd, Mead & Co., 1968.

FRISCHEISEN, L. C. F. Conselhos Gestores e Democracia Participativa – O papel do Ministério Público. In: <http://www.dhnet.org.br/inedex.htm>. Acesso: 16.07.2006.

FURTADO, C. Auto-retrato intelectual. In: OLIVEIRA, F. (org.). Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Malheiros, 1997.

FURTADO, J. de R. C. A transparência na gestão fiscal. In: Jus Navigandi, Teresina, a. 9, n. 555, 13 jan. 2005. Acesso em: 13 nov. 2005.

GADAMER, H. G. O Mistério da Saúde – tradução de Antonio Hall. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1997.

GADAMER, H. G. Verdade e Método I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica – tradução: Flávio Paulo Meurer; nova revisão: Ênio Paulo Giachini e Marcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2003, 5ª ed..

GADAMER, H. G. Verdade e Método II: Complementos e índice – tradução: Ênio Paulo Giachini; revisão da tradução: Marcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2002.

GADOMSKA, M. Risk Communication. In: International Conference on Radiation and Society: Comprehending radiation risk. Paris: 24 – 28 oct. / 1994.

GALLO, E. (org.) Razão e Planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

GIDDENS, A. As conseqüências da modernidade. São Paulo: UNESP, 1991.

GOLDMANN, L. Epistemologia e filosofia política. Lisboa: Presença, 1984.

GOULART, F. A. A. Como identificar um bom gestor do SUS? Brasília: UnB – Conasems, set./2003.

GOYARD-FABRE, S. Os princípios filosóficos do direito político moderno – tradução Irene A. Paternot. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GRAU, E. R. Direito, conceitos e normas jurídicas. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.

_____ Interpretação/ Aplicação do Direito. São Paulo: Malheiros, 2002.

HABERMAS, J. Dialética e Hermenêutica. Porto Alegre: L & P, 1987.

_____ Técnica e ciência como ideologia. Lisboa: Edições 70, 1987.

_____ Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus, 1988.

_____ O Discurso filosófico da modernidade. Lisboa: D. Quixote, 1990.

_____ Pensamento pós-metafísico. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

_____ Direito e democracia: entre praticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

_____ O futuro da natureza humana: a caminho de uma eugenia liberal? - tradução: Karina Janini; revisão da tradução: Eurides Avance de Souza. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

HARADA, K. Autonomia orçamentária. In: Escritório on line, disponibilizado em 01 de maio de 2001. Acesso: 02.02.2006.

HELLER, A. O cotidiano e a história. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

HERKENHOFF. História dos Direitos Humanos no Mundo. In: Rede Direitos Humanos e Cultura - DHnet. Acesso em 21.06.2004.

INGRAM, D. Habermas e a dialética da razão – tradução de Sérgio Bath. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1994.

ISUANI, E. A. Políticas de Previdência Social no Cone Sul. In: Revista de Economia Política, v. 3, n. 3, jul. – set./ 1993.

JAPIASSU, H.. A Revolução Científica Moderna. RJ: Imago, 1985.

KAYANO, J. e CALDAS, E.L. Indicadores para o diálogo. In: Caccia-Bava, S. (org.). Novos contornos da gestão social: conceitos em construção. São Paulo: Polis – Programa de Gestão Pública e Cidadania, FGV/ EAESP, 2002.

KASPERSON, R. E.; RENN, O; SLOVIC, P.; BROW, H. S.; EMEL, J.; GOBLE, R.; KASPERSON, J. X., e RATICK, S. The Social Amplification of Risk: A Conceptual Framework. In: Risk Analysis, v. 8, n. 2, 1988.

KHAIR, A. A. Guia de Orientação para os Municípios. BNDES, convênio de cooperação técnica com os Ministérios do Planejamento e do Desenvolvimento para apoiar a implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal, mai./2000.

KLATAU FILHO, P. T. D. Igualdade e liberdade: Ronald Dworkin e a concepção contemporânea de Direitos Humanos. Belém: Editora CESUPA, 2004.

LAFER, C. A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

_____ Hannah Arendt: pensamento, persuasão e poder. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

LARENZ, K. Metodologia da ciência do direito. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1969. 2ª ed.

LAZZARINI, A. Responsabilidade Civil do Estado por Atos Omissivos dos seus Agentes. São Paulo: RJTJSP. n. 117, p. 8-26.

_____ Estudos de Direito Administrativo. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

LEFEVRE, F. e LEFEVRE, A. M. C.. Promoção da Saúde, ou, A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lenz, 1999.

LENZ, L. A. T. F. A Responsabilidade Civil do Estado pela Prática de Ato Lícito. Revista da Procuradoria-Geral da República, São Paulo, n. 8, p. 34-40, jan. a jun/1996.

LIEBER, R. R. E ROMANO-LIEBER, N. S.. Acidentes e catástrofes: Causa ou fatores de risco? . In: 21º Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Salvador, 2001. Anais da ABREPRO – Associação Brasileira de Engenharia de Produção, CD–Rom, 2001.

_____ O conceito de Risco: Janus reinventado. In: MINAYO, M. C. S. & MIRANDA, A. C. Saúde e Ambiente: Estreitando nós. RJ, Forense, 2002.

_____ Risco e Precaução no desastre tecnológico. In Cadernos de Saúde Pública nº 13, 2005.

LOPES, J. R. de L. Direito subjetivo e direitos sociais: o dilema do judiciário no Estado social de direito. In: FARIA, J. E. (org.). Direitos humanos, direitos sociais e justiça. São Paulo: Malheiros, 1994.

KELSEN, H. Teoria Pura do Direito. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

MACHADO, C. F. e MINAYO, C. G. Análise de risco tecnológico na perspectiva das ciências sociais. In História, Ciências e Saúde, Manguinhos, v. 3, n. 3, Rio de Janeiro, nov./ 1996 a fev./ 1997.

MALBERG, R. C. de. Teoría General del Estado. México: Facultad de Derecho/UNAM: Fondo de Cultura Económica, 2001, 2ª reimpressão.

MANCUSO, R. C. Interesses Difusos: conceito e legitimação para agir. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.

MARTINS F., I. G. da S. Manual Esquemático de História da Filosofia. São Paulo. LTR Editora, 1997.

MEDAUAR, O. Direito Administrativo Moderno. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000, 4ª ed..

MEIRELES, H. L. Direito Administrativo Brasileiro. 23. ed. atual. São Paulo: Malheiros, 1998.

MELLO, C. A. de Curso de Direito Administrativo. 10. ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

_____ Responsabilidade Patrimonial do Estado por Atos Administrativos. Revista de Direito Administrativo. Rio de Janeiro, n. 132, p. 41-56, abr. jun./ 1978.

MELLO, O. A. B. de Princípios Gerais de Direito Administrativo. Rio de Janeiro: Forense, 1969, v. 2.

MENDES, A. A Saúde na Emenda Constitucional 29. In: Resenha Econômica do CEPAM – Fundação Prefeito Faria Lima, n. 44, out./ 2000.

MEIRELLES, H. L. Direito Administrativo Brasileiro. São Paulo: Malheiros, 1998.

MENDES GONÇALVES, R. B. Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo e Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. de S; SANCHES, O. Quantitativo – qualitativo: oposição ou complementaridade. In: Caderno de Saúde Pública, v. 9, n. 3, RJ, jul – set./1993 - www.sielo.br. Acesso: 09.10.2004.

MODESTO, P. Notas para um debate sobre o princípio da eficiência. In: Jus Navigandi, Teresina, a. 5, n. 48, dez./2000.

MORAES, A. de Legitimidade da Justiça Constitucional (parte I). In: Justiça Virtual. Acesso: 26.06.2004

_____ Responsabilidade Civil do Poder Público conforme a Constituição Federal de 1988. In Estudos de Direito Constitucional em homenagem a Celso Ribeiro Bastos. São Paulo: Revista do Advogado n. 73, nov./2003.

MORIN, E. Ciência com consciência. Publicações Europa-América, 1994.

NOGUEIRA, M. A. Os direitos sociais como causas cívicas. In: Saúde e Sociedade, v. 11, n. 1, jan – jul./2002.

NUNES, P. Dicionário de Tecnologia Jurídica. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1990.

OLIVEIRA, F. J. F. de A Programação Pactuada e Integrada (PPI) no contexto da Norma de Assistência à Saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: Uma discussão sobre a gestão do SUS. Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/ MS, mar./ 2004.

ORTIZ, L. P. Agrupamentos das causas de mortes dos menores de um ano segundo critério de evitabilidade das doenças. São Paulo: Fundação SEADE, 2000.

PAIM, J. S. Epidemiologia e Planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. In: Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

PASSOS, J. J. Calmon de. O risco na sociedade moderna e seus reflexos na teoria da responsabilidade civil e na natureza jurídica do contrato de seguro. In: Revista Diálogo Jurídico, Salvador, Centro de Atualização Jurídica, ano I, vol. I, nº 5, agosto/ 2001. Acesso em: 04.02.2006.

PESSOA, R. S. Princípio da eficiência e controle dos atos discricionários. In: Jus Navigandi, Teresina, a. 3, n. 35, out./ 1999. Acesso: 28.11.2004

PINHEIRO, M. O princípio da eficiência na administração pública e o cidadão. In: Jus Navigandi, Teresina, a. 4, n. 40, mar./2000. Acesso: 28.11.2004.

PIOVESAN, F. A proteção dos direitos humanos no sistema constitucional brasileiro. In: <http://www.dhnet.org.br/inedex.htm>. Acesso: 16.07.2006.

PLATÃO. A República – tradução de Leonel Vallandro. Rio de Janeiro: Globo, s. d..

PRADO JR., C. Evolução Política do Brasil e outros estudos. São Paulo: Brasiliense, 1957. 2ª ed.

_____ Dialética do Conhecimento. Vol. I e II. São Paulo: Brasiliense, 1955. 2ª ed.

RAWLS, J.. A theory of justice. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

REALE, M.. Filosofia do Direito. São Paulo: Saraiva, 1994, 16ª ed.

REALE, M.. Teoria Tridimensional do Direito. São Paulo: Saraiva, 1994, 5ª ed.

RORTY, R.. A filosofia e o espelho da natureza. Lisboa: D. Quixote, 1988.

ROSSEAU, J. J.. Do contrato social: princípios do direito político – tradução J. Cretella Jr. e Agnes Cretella. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z.. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1987, 4ª ed.

ROXIM, C. Política Criminal e Sistema Jurídico-Penal; tradução Luís Greco. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

_____A proteção da vida humana através do Direito Penal. In: Congresso de Direito Penal em Homenagem a Claus Roxin. Rio de Janeiro, mar./ 2002. Acesso: 28.11.04.

SALAZAR, A.; RODRIGUES, K. G.; SILVER, L.; SCHEFFER, M.. O SUS Pode Ser seu Melhor Plano de Saúde. Cartilha do IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Abr./2003.

SAINT-JUST, L. A. L.. O Espírito da Revolução e da Constituição na França. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1989.

SANTOS, Lenir. SUS e o Sistema de Controle Interno e Externo. UNICAMP, 1998.

SCAFF, F. F.. Responsabilidade do Estado intervencionista. São Paulo: Saraiva, 1990.

SCATENA, J. H. G. e TANAKA, O. Y.. Os instrumentos normalizadores no processo de descentralização da saúde. In: Saúde e Sociedade, v. 10, nº 2, ago - dez/ 2001.

SCHRAMM, F. R.. A Terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.

SENNET, R.. O declínio do homem político: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SILVA, J. A. da. Responsabilidade de Governador. In Revista dos Tribunais, a. 79, v. 657, jul./1990.

SIMÕES, S. A. S.. A estrutura legal do Sistema Único de Saúde: breve esboço sobre o Direito Constitucional Sanitário. Saber, Revista do Centro Universitário do Estado do Pará, vol. 4, n. 2, jul./dez. 2002.

SHRADER-FRECHETTE, K.. Risk and Ethics. In: International Conference on Radiation and Society: Comprehending Radiation Risks. Paris, 24 – 28 oct./1994.

SOUZA SANTOS, B.. Uma concepção multicultural de direitos humanos. São Paulo: Lua Nova, 1997.

_____. Pela mão de Alice. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo.

STOTZ, E. N. e SILVA JR., A. G.. Conselho de Saúde como Parte de Arenas Redistributivas e SUS: Saúde sob o Controle da Sociedade. BVS Saúde Pública, Textos Completos, set./2003.

STOCO, R.. Tratado de Responsabilidade Civil. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, 5ª ed.

SUNDFELD, C. A.. Direito Administrativo Ordenador. São Paulo: Malheiros, 1993.

THEODORO JR, H.. Responsabilidade Civil. Rio de Janeiro: Aide, 1993.

TIGRE, C. et al. La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. Educ. Med. Salud, 24 (3), 1990.

TRZESNIAK, P.. Indicadores quantitativos: reflexões que antecedem seu estabelecimento. In: Ciência da Informação, v. 27, n. 2, Brasília, 1998.

VALENÇA, D. P.. Improbidade Administrativa. In: Jus Navigandi, Teresina, ano 7, n.65, mai./ 2003.

WALDMAN, E. A .. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública. São Paulo, 1992 (tese de doutoramento, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

WEBER, M.. A ética protestante e o espírito do capitalismo. Rio de Janeiro: Forense/Universitária, 1991.

WESTPHAL, M. F. e ALMEIDA, E. S. (org.). Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo: EDUSP, 2001.

WHITE, H.. Trópicos do discurso: ensaios sobre a crítica da cultura. São Paulo: EDUSP, 1994.

WHITEHEAD, A. N.. A ciência e o mundo moderno. São Paulo: Brasiliense, 1951.

WHITTGENSEIN, L.. Investigações Filosóficas. São Paulo: Abril Cultural, 1975 (Os pensadores).

_____ Tractatus logico-philosophicus. São Paulo: EDUSP, 1993.

Legislação Consultada:

Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948)

Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950 – Define os Crimes de Responsabilidade e Regula o respectivo Processo de Julgamento.

Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 – Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para Elaboração e Controle dos Orçamentos e Balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967 – Dispõe sobre a responsabilidade dos prefeitos e vereadores e dá outras providências.

Declaração de ALMA ATA. Conferência Internacional de Cuidados Fundamentais com Saúde. OMS e UNICEF. Alma Ata, Kazaquistão Soviético, 6 – 12 set./1978.

Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 – IMESP

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.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências.

Decreto Federal nº 99.438, de 07 de agosto de 1990 – Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências.

Lei nº 8.429, de 02 de junho de 1992 - Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

Resolução CNS nº 33, de 23 de dezembro de 1992 – Aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”.

Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994 – Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

Decreto nº 1651, de 28 de setembro de 1995 – Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde.

Normas Operacionais da Saúde - Básica (NOB SUS 01/96) e de Assistência (NOAS 01/ 2001).

Portaria MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997 – Estabelece o Piso da Atenção Básica e sua composição.

Portaria MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998 – Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.

Portaria MS nº 476, de 14 de abril de 1999 – Regulamenta o processo de acompanhamento da Atenção Básica, quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica.

Portaria GM/ MS nº 832, de 28 de junho de 1999 – Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica à Saúde e estabelece, como estratégia para acompanhamento e avaliação de resultados, os pactos que serão firmados entre os estados e os municípios, formalizados por meio de Termo de Compromisso, e os pactos que serão firmados entre os estados e o Ministério da Saúde por meio de Planilha de Metas.

Relatório da Sociedade Civil sobre o cumprimento pelo Brasil do Pacto Internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais. Brasília, abr./ 2000.

Portaria nº 779, de 14 de julho de 2000 – Relaciona os Indicadores do Pacto da Atenção Básica para 2000 a serem pactuados pelos municípios.

TCESP – Financiamento das Ações e Serviços de Saúde - Manual Básico: Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

Portaria Ministério da Saúde n. 548, de 12 de abril de 2001 - Aprova o documento de “Orientações gerais para a elaboração e aplicação da agenda de saúde, do plano de saúde, dos quadros de metas e do relatório de gestão como instrumentos do SUS”.

Portaria nº 1.211, de 17 de junho de 2002 – Estabelece os mecanismos, fluxos e prazos para avaliação de desempenho em relação às metas municipais e estaduais definidas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001 e aprova a relação de indicadores a serem pactuados em 2002, por estados e municípios.

Portaria nº 1.266, de 10 de julho de 2002 – Redefine os prazos fixados pela Portaria nº 1.121, de 17 de junho de 2002.

Portaria nº 1.321, de 23 de julho de 2002 – Redefine os prazos fixados pela Portaria nº 1.266, de 10 de julho de 2002.

Portaria GM/ MS nº 397, de 4 de abril de 2003 – Redefine critérios de avaliação para habilitação de Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, segundo a NOAS SUS 01/ 2002, e regulamenta, complementarmente: o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e a Alimentação dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.

Portaria GM/ MS nº 21, de 5 de janeiro de 2005 – Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica – 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde.

Portaria GM/ MS nº 399, de 23 de fevereiro de 2006 – Divulga o Pacto pela Saúde, consolida o SUS e aprova as diretrizes operacionais para o referido pacto.

Portaria GM/ MS nº 457, de 29 de março de 2005 – Redefine os prazos constantes da Portaria GM/ MS nº 21, de 05 de janeiro de 2005.

Portaria GM/ MS nº 491, de 31 de março de 2005 – Constitui Grupo de Trabalho no âmbito do Ministério da Saúde com o objetivo de atuar no processo de pactuação dos Indicadores da Atenção Básica.

Portaria GM/ MS nº 493, de 10 de março de 2006 – Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006 pactuados entre: municípios, estados e Ministério da Saúde.

Acessos Eletrônicos:

Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento – ASSEMAE:
www.assemae.org.br

Banco de Desenvolvimento de Todos os Brasileiros – BNDES:
www.bndes.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde - BVS SAÚDE PÚBLICA:
www.saudepublica.bvs.br

Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP: www.cebrap.org.br

Centro de Estudos da Metrópole: www.centrodametropole

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS:
www.conasems.com.br

DATASUS: www.datasus.gov.br

Fundação Prefeito Faria Lima – CEPAM: www.cepam.sp.gov.br

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE: www.seade.gov.br

Instituto Brasileiro de Direito Administrativo – IBDA: www.ibda.com.br

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE: www.ibge.gov.br

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC: www.idec.org.br

Instituto Nacional de Altos Estudos - INAE: www.inae.org.br

Instituto Polis: www.polis.org.br

Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

Observatório das Metrópoles: www.ippur.ufrj/observatorio

Organização Mundial de Saúde – OMS/ World Health Organization – WHO:
www.who.int

Organização PanAmericana de Saúde – OPAS: www.opas.org.br

Procuradoria Geral do Estado de São Paulo – PGE/ SP: www.pge.sp.gov.br

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD:
www.pnud.org.br

Scientific Eletronic Library online – SCIELO: www.scielo.br

Rede Direitos Humanos e Cultura – Dhnet: www.dhnet.org.br

Revista de Economia Política: www.rep.org.br

Revista Saúde e Sociedade: www.apsp.org.br/saudesociedade

Revista Virtual da Presidência da República: <http://www.presidencia.gov.br>

Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCE/ SP: www.tce.sp.gov.br

Wikipédia - Enciclopédia Livre: <http://pt.wikipedia.org>

World Bank/ Banco Mundial: www.worldbank.org

Escritórios Jurídicos On-Line:

Advocacia Criminal, Poá, RS: www.direitocriminal.adv.br

Âmbito Jurídico: www.ambito-juridico.com.br

BuscaLegis da Universidade Federal de Santa Catarina: www.ufsc.br

Direito Público: www.direitopublico.com.br

Enciclopédia Wikipédia: <http://pt.wikipedia.org>

Justiça Virtual: www.netflash.com.br/justicavirtual

Jus Navigandi: www.jus.com.br