

A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL

THE CONSTITUTION OF 1988 AND THE PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL

Thabata Cristina Silveira Rosa

Enfermeira

Especialista em Gestão em Enfermagem

Sueli Gonzales Saes

Doutora em Saúde Pública

Professora Formadora em Gestão em Saúde da Universidade Aberta do Brasil – UAB (Brasil)

E-mail: sgsaes@saudesp.gov.br (Brasil)

Fernanda Lessa Abuleac

Mestranda em Gestão e Informática em Saúde

Tutora à distância em Gestão em Saúde da Universidade Aberta do Brasil – UAB (Brasil)

A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL

RESUMO

A partir da Constituição Federal de 1988 (CF-88) o Estado reconheceu a saúde como direito social de cidadania, dando bases para a elaboração do SUS como modelo de atenção. O objetivo deste estudo foi avaliar a concepção assumida de saúde e sua configuração na CF-88 a fim de compreender os processos em saúde. Trata-se de uma pesquisa de levantamento de bibliografia entre 2001 e 2011, através do banco de dados LILACS. Foram selecionados 11 artigos e 39 publicações oficiais do Ministério da Saúde. Os artigos estavam relacionados com sobre gestão pública (4), seguido por Saúde Pública e Literatura Jurídica (3) e Saúde da Mulher (1). A CF-88 é considerada um avanço nas práticas de atenção em saúde, principalmente por modificar a concepção social de saúde e fomentar ações para a prevenção e cura. Cabe ao gestor o conhecimento das políticas públicas vigentes e o olhar crítico para avaliar seus benefícios.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Política de Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

THE CONSTITUTION OF 1988 AND THE PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL

ABSTRACT

From the 1988 Federal Constitution (FC-88) the State recognized health as a social right of citizenship, giving foundations for SUS as a model of attention. This study was undertaken to assess the design and configuration of health in CF-88 in order to understand the processes in health. This is a research survey of literature between 2001 and 2011, through the database LILACS. We selected 11 articles and 39 official publications of the Ministry of Health The articles were related to public management (4), followed by Public Health and Legal Literature (3) and Women's Health (1). The CF-88 is considered a breakthrough in health care practices, mainly by modifying the design of health and social actions to promote the prevention and cure. The Authorising knowledge of current public policies and critical eye to evaluate its benefits.

Keywords: Public Policy; Health Policy; Public Health Policies.

1 INTRODUÇÃO

Ao decorrer da história e da construção do país, chegando ao que hoje conhecemos, o Brasil passou por inúmeros processos e visões de Estado e de Cidadania.

Focando-se na área de saúde, não só a forma como o Governo lidava, mas, as necessidades e doenças também eram mutáveis, portanto em cada momento a atuação era diferenciada, tanto para os poderes em exercício quanto ao cidadão¹.

Nesse contexto, as políticas públicas possuem o objetivo de direcionar a atenção para as maiores necessidades, e focar ações e serviços para tais. Peters² enfatiza que “política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação e que influenciam a vida dos cidadãos.” Segundo Hofling³, compreende políticas públicas “como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada”.

Porém, é impossível discutir a elaboração de políticas em saúde, sem entender a atuação, deveres e direitos do Estado Brasileiro e correlacionar com o indivíduo e seu coletivo. É necessária uma visão ampla da construção da saúde na política brasileira a fim de entender todas as particularidades culminando na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, de 1897 até 1930 a área de saúde era designação da Diretoria Geral de Saúde Pública, inserida no Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Na época as ações desenvolvidas tinham como foco o saneamento básico e o controle de endemias, tais como a peste, cólera e varíola. Tal período representou o desenvolvimento do modelo sanitarismo-campanhista que permaneceu até a década de 40^{1;4}.

Apenas com a criação do Ministério de Educação e Saúde, em 1930, que as atenções governamentais passam a atuar também em caráter da medicina individual. A criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, tinha por objetivo a atuação nas campanhas e vigilância sanitária, com a inserção de uma visão municipalista. Porém, cresce a chamada “Medicina de Grupo” e a privatização dos serviços em saúde^{1,4}.

Na década de 70, a saúde no Brasil estava sucateada, com uma atenção precária e com críticas censuradas pela ditadura militar. Iniciou-se o Movimento pela Reforma Sanitária, que defendiam o “fortalecimento do setor público nessa área (saúde) como um direito de cidadania”⁽⁵⁾. Porém, apenas em 1978, com o movimento popular de saúde e com a experiência positiva do

Programa de Interiorização das Ações da Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS) que se percebe a necessidade de oferecer uma atenção primária em saúde.

Na década de 80, o modelo curativo começa a ser abalado, e temos a criação das Ações Integradas em Saúde (AIS), que visava a universalização do cuidado em saúde, o que segundo Cohan e Elias² “representou o passo inicial para a descentralização em saúde.” Porém, foi em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se formalizou o ensejo de mudanças baseadas no “direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade”⁽²⁾, que foram as bases para a elaboração do SUS na Constituição Federal de 1988 (CF-88).

Assim, a CF-88 reafirma o Estado democrático e define uma política de proteção social abrangente, além de reconhecer “a saúde como direito social de cidadania e com isso a inscreveu no rol de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade voltados para assegurar a nova ordem social, cujos objetivos precípuos são o bem-estar e a justiça sociais”, ou seja, a partir de 1988, “o Estado encontra-se juridicamente obrigado a exercer as ações e serviços de saúde visando à construção da nova ordem social”⁶.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁷.

Importante ressaltar, que a CF-88 registra a intervenção da vontade popular dando uma nova compreensão da própria assistência à saúde. “Defendeu-se a descentralização da gestão dos serviços; a integralização das ações, com a superação da dicotomia preventivo/curativo; a unidade da coordenação das políticas setoriais; a regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; a participação popular, por meio de suas entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde; o respeito à dignidade dos usuários pelos prestadores dos serviços, como dever inerente à função pública, etc.”⁸.

Cabe, portanto, ao poder público dispor de ações e serviços em saúde, contemplando também as relações entre saúde, ambiente e trabalho⁸. É então, responsável pelas políticas públicas em saúde vigentes, desde sua elaboração até sua implantação e avaliação. Tais ações incluem: acesso a ações e serviços de saúde; controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; ações de vigilância sanitária e epidemiologia; formação de recursos

humanos; formulação de políticas de saneamento básico; incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos; controle e fiscalização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente⁷.

Segundo Carvalho¹⁰, o SUS propõe assim, um modelo assistencial baseado na “concepção de saúde-doença como processo e em um novo modelo de prática sanitária. Ou seja, a saúde evoluiu de uma concepção negativa para uma concepção afirmativa, traduzida em qualidade de vida, enquanto as práticas se deslocam do terreno individual para a intervenção integral”.

Portanto, as políticas públicas em saúde devem visar às melhorias e necessidades da população, seguindo assim os princípios norteadores do SUS. É importante então avaliar qual a concepção assumida de saúde e sua configuração na Constituição Federal a fim de compreender os processos em saúde e ser capaz de efetuar mudanças e elaborar políticas em saúde condizentes com as necessidades e princípios expressos na Constituição Brasileira.

Porém, percebeu-se a necessidade de avaliar as políticas públicas em saúde efetivas, e sua condicionalidade com a CF-88, a fim de permitir e fundamentar a atuação do gestor e gerar ferramentas para sua melhoria.

Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar a relação entre as políticas públicas em saúde com base na Carta Magna de 1988, possibilitando uma melhor atuação do gestor, e maior efetividade em tais políticas; além de avaliar os deveres em saúde pertinentes ao Estado, segundo a CF-88; caracterizar as políticas públicas em saúde em vigor e sua relação com a constituição e avaliar as discrepâncias entre o dever do Estado e a das políticas em saúde implantadas e suas deficiências.

2 MÉTODO

O presente estudo foi realizado através de levantamento e revisão de literatura da base de dados LILACS, devido a sua ênfase na ampliação da cobertura em saúde pública.

A LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, é uma base de dados cooperativa do Sistema BIREME, compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da Região, a partir de 1982. Contém artigos de cerca de 670 revistas mais conceituadas da área da saúde, atingindo mais de 150.000 registros, e outros documentos tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

Foram analisados e incluídos no estudo, publicações do período de 2001 a 2011 que continham um ou mais descritores selecionados para a busca das publicações, como constituição federal (CF) de 1988, políticas públicas e políticas de saúde, que contemplavam a relação entre a CF e a formulação de políticas públicas de saúde e que apresentavam texto completo e resumo disponíveis. A escolha dos descritores se baseou na sua relação ao tema do estudo e pertinência quanto ao objetivo do mesmo. Foram excluídos da amostra artigos que continham um ou mais descritores selecionados e que não foram considerados pertinentes ou relacionados ao estudo.

Todos os artigos que obedeciam aos critérios de inclusão foram avaliados através da leitura do resumo e selecionados pelo pesquisador quanto a sua pertinência ao estudo.

Para uma melhor análise da literatura, as publicações foram divididas nos grupos de literatura oficial e literatura científica, e avaliados intergrupos. Em literatura oficial foram incluídos materiais, artigos e cartilhas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e relacionados com políticas públicas em saúde.

Para análise das políticas públicas vigentes e seu texto base foi utilizado a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, no tópico Políticas e Diretrizes do SUS e subtópico Políticas Nacionais, disponibilizado através do endereço virtual [bvsms.saude.gov.br].

Publicações disponibilizadas integralmente através de busca na base bibliográfica LILACS, e que se enquadravam nos critérios de inclusão, excluindo-se material publicado pelo Ministério da Saúde, foram organizados em literatura científica. Para padronização da amostra, foram considerados apenas publicações com a forma de artigo científico ou relato de experiência em literatura científica, sendo excluídos os estudos realizados como monografia.

A literatura científica considerada pertinente foi analisada através de sua leitura integral, sendo separada e organizada conforme seu tema principal, nos grupos: GESTÃO, SAÚDE PÚBLICA, SAÚDE DA MULHER E JURÍDICO. A literatura disponibilizada através do Ministério da Saúde foi organizada integralmente no grupo LITERATURA OFICIAL.

As publicações que se encaixaram na proposta do estudo foram organizadas e comparadas com a literatura base da Constituição Federal de 1988 e publicações oficiais disponíveis em ambiente virtual, avaliando e analisando-se as informações, relacionando com a elaboração e implantação das políticas públicas em saúde vigentes.

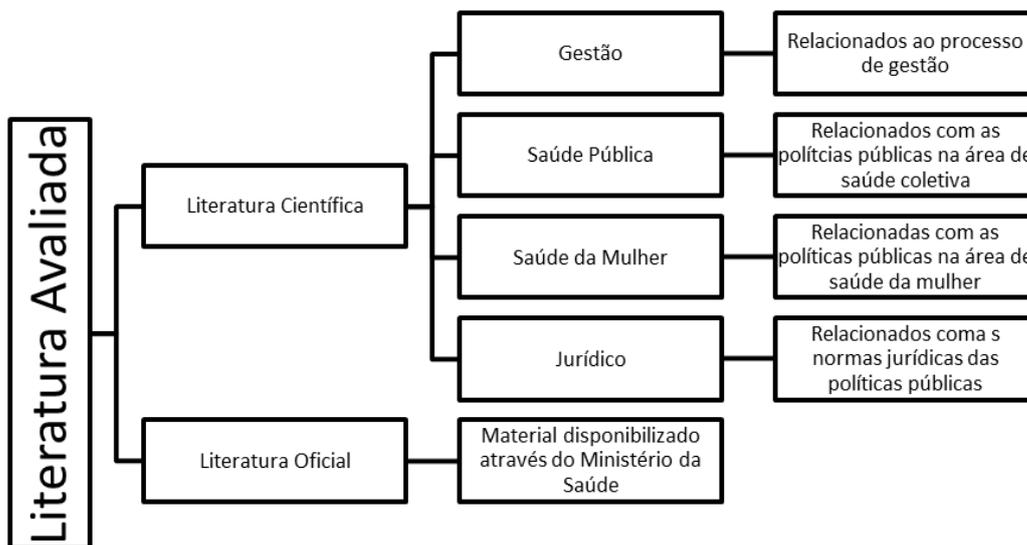
Através da busca de dados foram selecionadas 91 publicações, dos quais 11 foram considerados pertinentes e estavam nos critérios de inclusão e padronização da amostra.

3 DESENVOLVIMENTO

A análise dos resultados mostrou a escassez do tema nos artigos científicos publicados. A literatura oficial é extensa, e pouco se estuda sobre as políticas em saúde vigentes e sua prática.

A literatura avaliada foi separada em grupos conforme sua temática. O gráfico 1 mostra a distribuição da literatura avaliada e os grupos de análise e avaliação.

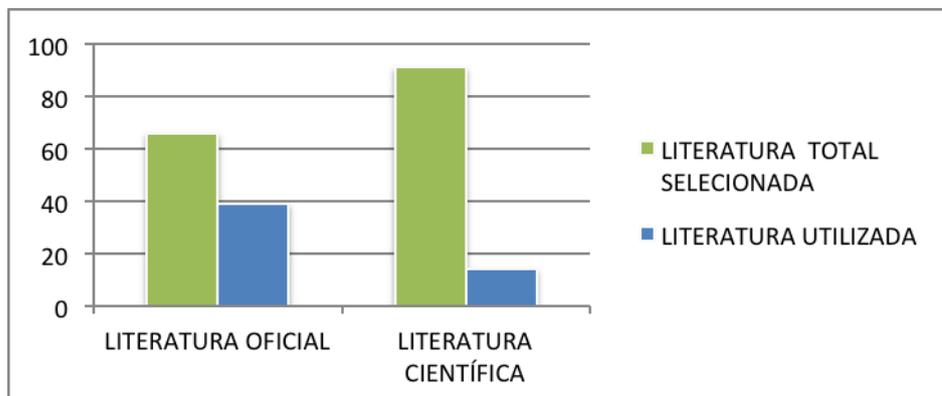
Gráfico 1 – Grupos de análise e avaliação da literatura.



Fonte: Dados do estudo, 2011. Elaborado pelo autor.

O Ministério da Saúde, através da Biblioteca Virtual em Saúde, disponibiliza 66 publicações sobre o tópico de Políticas Nacionais em Políticas e Diretrizes do SUS, dos quais foram utilizados 37 conforme análise da relevância e relação com as políticas em saúde, excluindo-se publicações que foram atualizadas, sendo considerado apenas o último texto base.

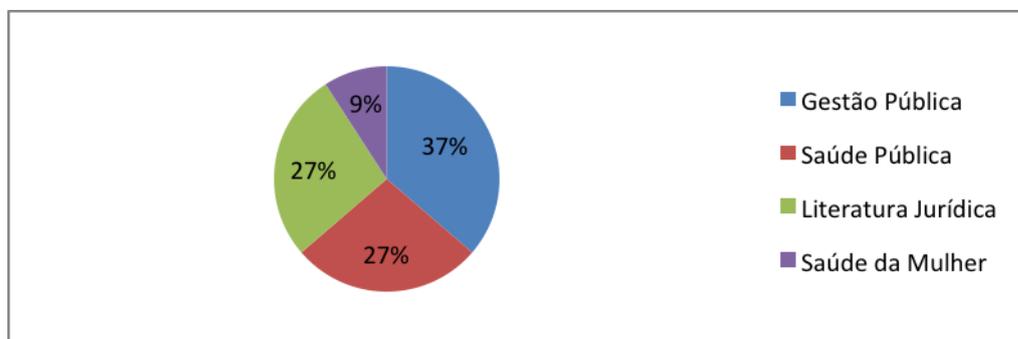
Gráfico 2 - Relação do número de artigos selecionados e utilizados no estudo.



Fonte: Dados do Estudo, 2011.

Em publicações oficiais foram selecionados a Carta Magna de 1988, a Lei 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) e os materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, a respeito das políticas nacionais em saúde vigentes, totalizando 39 publicações.

Gráfico 3 - Porcentual da distribuição de Literatura Científica por Tema Principal



Fonte: Dados do estudo, 2011.

Em literatura científica o principal foco dos artigos foi relacionado com gestão do SUS e políticas de saúde por áreas temáticas, pouco se achou sobre a sua relação com a CF-88, a extensa maioria do material que contempla a Constituição na elaboração de políticas públicas tem como objetivo principal a discussão da legislação em si e sua análise na área de direito civil. A distribuição nos grupos apresentou um maior número de artigos com sobre gestão pública, 4 artigos, seguido por Saúde Pública e Literatura Jurídica, com 3 artigos cada e por último Saúde da Mulher, com 1 artigo (Gráfico 3).

Atualmente, o Ministério da Saúde prevê 39 políticas nacionais relacionadas com o SUS, excluindo-se atualizações de políticas existentes e propostas em não vigor. (Vide Tabela 1).

Quadro 1 – Relação das Políticas Nacionais relacionadas ao Ministério da Saúde

POLÍTICAS EM SAÚDE	ANO DE PUBLICAÇÃO / ATUALIZAÇÃO
Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas	2003
Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS	2003 – 2004
Política de Informação e Informática	2004
Política de Segurança da Informação e Comunicações do Ministério da Saúde	2010
Política Nacional de Alimentação e Nutrição	2000 - 2003 - 2007 – 2011
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	2002
Política Nacional de Atenção Básica	2006
Política Nacional Antidrogas	2003
Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade	2004
Política Nacional de Atenção em Oftalmologia	2008
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	2008 – 2009
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	2004
Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida	2005
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal	2004
Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva	2004

Política Nacional de Atenção em Traumatologia-Ortopedia de Alta Complexidade	2004
Política Nacional de Atenção às Urgências	2003 – 2006
Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	2008
Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde	2007
Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde	2009
Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS	2008
Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte	2004
Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS	2003
Política Nacional de Informação e Informática em Saúde	2004
Política Nacional de Medicamentos	2001
Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares	2005
Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	2006
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS	2006
Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos	2004
Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial	2004 – 2006
Política Nacional de Promoção da Saúde	2002 – 2006
Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências	2001
Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS	2008
Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência	2007



Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	2001 – 2007
Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador	2004
Política de Redução de Danos (Ministério da Saúde)	2005

Fonte: Dados de [<http://bvsmms.saude.gov.br>]. Brasil, 2012. Elaborado pelo autor.

Nota-se que tais políticas têm como objetivos atender as necessidades impostas pela nova configuração da saúde a partir da CF-88 e efetivar a implantação do SUS, que ainda hoje enfrenta problemas. Ressalta-se, portanto que, segundo a CF-88, são de relevância e atuação do SUS:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho⁷

A literatura científica avaliada denota a importância que foi a Constituição de 1988 para a modificação da concepção de saúde, considerando como um marco em saúde^(4,6), além de ressaltar que os “direitos fundamentais do homem e políticas públicas constituem-se validades indissociáveis, haja vista que são as políticas públicas que garantem a concretude de tais direitos inerentes à própria condição de pessoa humana. Assim, (...) cumpre às políticas públicas papel

indispensável perante a sociedade, devendo sobre ela recair controle na sua execução dada a sua relevância”¹².

Elaborando-se um retrocesso dos deveres do Estado na atenção em saúde, é possível perceber a evolução que a Carta Magna de 1988 significou para o sistema brasileiro. Tais ações culminaram na Lei 8.080, em 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, que prevê as condições e obrigatoriedades do Estado além da efetiva elaboração do SUS.

Porém, segundo Baptista⁶, se por um lado a Constituição de 1988 “refletiu o avanço do processo político-social no país, por outro, manteve um texto permeado de contradições (...) permaneceram proposições conservadoras na área econômica, tributária e administrativa do Estado”, relata assim que, os “problemas estruturais do Estado e do modelo de desenvolvimento capitalista brasileiro, com destaque para as marcantes desigualdades econômicas e sociais observadas no país precisam ser considerados quando se busca compreender os desafios da proteção social”.

Entendem-se assim, como políticas públicas programas de ação que devem “visar à realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridade, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados”¹¹, ou seja, podemos compreender que a efetivação das políticas públicas em saúde permeia e consolida o SUS como modelo de atenção à saúde e fornece ferramentas para sua implantação.

Através de revisão de bibliografia, Fernandes¹³ relata a dificuldade e a inexistência de uma prática de avaliação das políticas de saúde no Brasil, considerando-se que a avaliação de políticas, “tem sido uma prática institucional/institucionalizada disseminada em âmbito internacional”, porém que no Brasil, “não se encontra consolidada”. Porém, a própria CF-88 não abrange e determina a avaliação de suas políticas públicas, se tornando assim, uma das dificuldades apontadas pela literatura^{6,13}.

Machado¹⁴ analisou que no governo Lula, de 2003 a 2008, as políticas prioritárias foram Estratégia de Saúde da Família (ESF), Brasil Sorridente, SAMU e Farmácia Popular, que “representam estratégias voltadas para a solução de problemas relevantes do sistema de saúde brasileiro, respectivamente nas áreas de atenção primária à saúde, saúde bucal, atenção às urgências e assistência farmacêutica”. Matos¹⁵ já considera a necessidade do poder público manter “conceitos como participação, visão estratégica, planejamento, prestação de contas e co-responsabilização, de forma a evitar ações de protesto como estratégia para participar nas decisões”.

Analisando a política do ESF, o modelo assistencial proposto “vincula-se a ações de promoção, prevenção e cura, mas sob o comando do controle de doenças e de fatores e grupos de riscos, enfatizando-se a cura-prevenção. Assim, o preceito de promoção da saúde, presente nessa política, não é acompanhado do destaque a práticas produtoras do acesso a medidas e bens que contribuem para a qualidade de vida e à participação da população na defesa da saúde” considerado assim por FREITAS como uma “forma contraditória com o SUS constitucional, fundado em um conceito positivo de saúde”¹⁶.

Por outro lado, Lavras¹⁷ relata que o atual quadro de saúde do Brasil “exige profundas mudanças no SUS na perspectiva de impulsionar seu desenvolvimento como um sistema de saúde integrado”, reconhecendo que é necessário a valorização e reconhecimento da Atenção Primária em Saúde “como instância responsável pelo ordenamento do sistema e pela coordenação do cuidado”.

Portanto, é possível avaliar as dificuldades encontradas na gestão em saúde, mesmo posterior a CF-88 modificar as configurações de saúde no Brasil. Baptista⁶ revela a “importância do aprimoramento dos mecanismos de “pesos e contrapesos” na saúde e dos canais de diálogo entre as instituições públicas que operam na garantia dos princípios do SUS” e considera que mesmo que tenham “ocorrido avanços, permanece como grande desafio do Estado, entendido de forma ampla, garantir a democracia e exercer o papel mediador de interesses e demandas, estabelecendo prioridades e atuando de forma equilibrada, visando ao bem estar coletivo e não simplesmente atendendo aos interesses de grupos específicos”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CF-88 é um avanço nas práticas de atenção em saúde, principalmente por modificar a concepção social de saúde e fomentar ações para a prevenção e cura. Foi através da sua promulgação que se iniciaram atividades de proteção sociais visando à melhoria das condições de saúde no Brasil.

A consolidação do SUS é um dos principais objetivos das políticas públicas vigentes, ampliando e formulando ações em saúde de acordo com as necessidades impostas pela CF-88.

Assim, a CF-88 e as políticas públicas em saúde são termos indissociáveis, pois cada qual consolida as ações necessárias para uma mudança efetiva em saúde.

Ao gestor cabe portanto, o conhecimento das políticas públicas vigentes e o olhar crítico para avaliar seus benefícios, detectar as dificuldades encontradas e assim implantar eficazmente os conceitos da constituição.

REFERÊNCIAS

1. Pires DOO. O Processo de trabalho em Saúde – uma breve caracterização histórica. In: Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo, CUT, 1998. 81-102.
2. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. Sociologias. Porto Alegre. 2006 Jul/Dez; ano 8, nº 16, 20-45.
3. Höfling EM. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. Cadernos Cedes, 2001 Nov; ano XXI, nº 55, 30-41.
4. Junior PA, Cordoni Jr L. Rev. Espaço para a Saúde. Londrina. 2006 Dez. v.8, n.1, 13-9.
5. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Novas Pontes para a Bioética: do individual ao coletivo, da alta especialização à atenção básica. O Mundo da Saúde. São Paulo. 2004 Jan/Mar. ano 28, v. 28, n.1, 28-33.
6. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. Ciência & Saúde Coletiva, 2009, 14(3): 829-839.
7. Brasil. Constituição Federal de 1988. Brasília. 1998.
8. Costa NR. Direito à Saúde na Constituição: Um Primeiro Balanço. Cadernos de Saúde Pública. 1989 Jan/Mar. 5 (1): 98-104.
9. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Ministério da Saúde: Brasília. 1990.
10. Carvalho AL, et al. Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UnB, 1998. 45-52.
11. Bucci MPD. O conceito de política pública em direito. Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

12. Nogueira DCB. A judicialização de políticas públicas: o conflito entre a separação de poderes e a efetivação de direitos fundamentais. Disponível em <http://www.lfg.com.br>. 2008. [Acesso em 08 de Janeiro de 2012]
13. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.9, pp. 1667-1677.
14. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.3, pp. 521-532.
15. Matos AR. A importância da participação cidadã nas políticas de saúde: o caso da reestruturação dos serviços de saúde materno-infantil em Portugal. Saude soc. [online]. 2011, vol.20, n.3, pp. 604-616.
16. Freitas MLA, Mandu ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. Acta paul. enferm. [online]. 2010, vol.23, n.2, pp. 200-205.
17. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc. [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 867-874.

Data do recebimento do artigo: 14/02/2012

Data do aceite de publicação: 27/04/2012

