Capítulo V - Círculos virtuosos e boas práticas

Flávio Goulart

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GOULART, F. Círculos virtuosos e boas práticas. In: *Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos* [online]. Uberlândia: EDUFU, 2007, pp. 231-245. ISBN 978-85-7078-517-6.
<https://doi.org/10.7476/9788570785176.0007>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo V

Círculos virtuosos e boas práticas

Fatores de acerto, fatores de desacerto

Existe, inquestionavelmente, um vasto conjunto de pontos de convergência entre as diversas experiências, mas seria possível também indagar sobre o conteúdo das diferenças que apresentaram. Propõe-se, à guisa de conclusão, a análise de tais diferenças em termos dos *antecedentes* e *conseqüências* da ação política de implementação do PSF, mediante um pequeno exercício que tem por objetivo apreender um pouco mais da dinâmica das experiências. O quadro abaixo organiza as categorias de análise que serão desdobradas logo adiante.

QUADRO 16 – Contextos e desempenho das experiências

ANTECEDENTES (CONTEXTOS)	CONSEQÜENTES (DESEMPENHO)	CASOS CONCRETOS
Favoráveis	Alto	Curitiba, niterói
Desfavoráveis	Alto	Ibiá, vitória da conquista
Mistos	Alto, depois retrocesso	Contagem

Dito de outra forma, o primeiro caso seria aquele em que “tudo convergia para o melhor dos mundos” e, de fato, os acontecimentos confirmaram os indicativos do contexto social e político. No segundo caso, nem tudo era serenidade, no entanto, o desenvolvimento dos programas apresentou bons resultados. Já no terceiro, tanto havia fatores negativos como positivos no contexto, mas o sucesso obtido frustrou-se depois de uma eleição mal-sucedida, aliás, o único evento dessa natureza entre todos os casos examinados.

Como interpretar estes fatos? Espera-se que uma retrospectiva analítica das condições contextuais de cada caso (*antecedentes*) *vis a vis* com o desempenho das respectivas experiências (*conseqüentes*) poderia, quem sabe, elucidar as relações existentes entre ambos.

Assim, em Curitiba e Niterói, o cenário prévio era de continuidade política, tradição de luta e discussões pela saúde; presença de lideranças de base carismática, empreendedora e ideológica; equipes técnicas qualificadas; sociedade local com um bom grau de organização; condições de sustentabilidade adequadas (pelo menos em relação aos principais obstáculos políticos); presença marcante de inovações (mais em Curitiba); forte articulação externa, além de fatores culturais com peso positivo sobre as experiências.

O que aconteceu, nestas cidades, era o esperado: experiências duradouras, sem diástoles marcantes, empenho de uma comunidade epistêmica na saúde, enraizamento social dos projetos e, também, não se pode esquecer, vitória e continuidade nas eleições municipais. Como pano de fundo, práticas de bom governo geral. Nestas duas cidades, valeria a conhecida afirmativa bíblica: “onde mais se tem mais ainda será dado”.

Em Vitória da Conquista e Ibiá, ao contrário, os antecedentes das experiências eram mais sombrios. O peso do clientelismo, da influência do poder central do Estado e das tradições políticas conservadoras era muito grande. A alternância de poder era apenas formal, com revezamento de correntes políticas tradicionais e pouco propensas a mudanças. A organização da sociedade e a presença de uma tradição cívica apresentavam-se pouco relevantes. No campo específico da saúde a situação era de baixo investimento, pouca priorização e sucateamento, o que aliás afetava as políticas sociais como um todo. Além disso, a iniciativa privada em saúde mostrava-se pujante e agressiva, graças ao estado precário da saúde pública, aliado a práticas ilícitas freqüentes. O que se chamou de questão médica revelou-se de forma paradigmática nestes dois municípios. As condições sociais e econômicas diferiam nos dois casos, apresentando o município mineiro uma economia com resultados mais satisfatórios do que os de Vitória da Conquista, devido ao declínio da cafeicultura nesta última cidade.

Apesar de tudo, como se viu, os dois municípios obtiveram resultados satisfatórios na implementação de seus programas. Mais do que isso, apresentaram práticas políticas de bom governo evidentes, em muito ultrapassando a área da saúde, como atestaram as premiações auferidas nacionalmente. Uma tríade de participação social, substituição de modelo assistencial e responsabilização pública foi marcante e com certeza produziu resultados materiais importantes. Os dois municípios diferiram em sua capacidade de articulação externa, principalmente pela presença da rede PT em Vitória da Conquista (embora em menor grau também em Ibiá). Em Vitória da Conquista foi possível também um maior grau de conscientização e obtenção de adesão das equipes ao projeto, sendo a ideologia o conhecimento técnico de base de sustentação.

Outra característica que unia estas duas experiências e que as diferenciava da de Contagem, cidade em que os antecedentes da política foram

mais ou menos semelhantes, foi o fato de que em ambas foi possível o prosseguimento das mudanças encetadas no período iniciado em 1997, graças à reeleição dos respectivos mandatários.

Havia uma série de fatores, de natureza política, envolvendo inclusive os complexos bastidores das articulações eleitorais, mas caberia indagar se o enraizamento social dos programas, mais efetivo em Ibiá e Vitória da Conquista do que em Contagem, não seria um atestado de sucesso político refletido no cenário das eleições.

A situação dos *antecedentes* em Contagem teve aproximadamente as mesmas características de Ibiá e Vitória da Conquista. Mas, se por um lado nesta cidade atuava a força avassaladora do populismo cardosista, por outro lado pode-se dizer que ali também vigiam tradições de luta política sindical e mesmo uma atuação histórica do poder público em saúde, com uma rede de serviços relativamente bem estruturada. Configurava-se, assim, uma mescla de fatores favoráveis e desfavoráveis. A interpretação possível dos descaminhos do PSF em Contagem poderia ser, em primeiro lugar, o peso do fator tempo, dadas as características do mandato-tampão recebido pelo prefeito e de sua equipe, que tinham pela frente a execução de um grande projeto de mudanças na saúde e não dispuseram de um prazo suficiente para fazê-lo, com a marcante mudança de rumos políticos dada pela frustração nas eleições de 2000. Além disso, a alta polarização eleitoral que se deu em torno do PSF e de outras propostas da municipalidade, parece ter provocado prejuízos políticos de monta e de certa forma irreversíveis. Ao contrário, em Ibiá e Vitória da Conquista, onde este fator também esteve presente, o mesmo não só foi neutralizado no calor da campanha como até mesmo parece ter sido revertido em benefício da proposta política do programa.

O PSF nacional e os programas locais: sintonia ou dissenso?

Uma questão colocada no preâmbulo desta tese e para a qual se poderia, nesta etapa, enunciar algum tipo de resposta é a da procura de pontos de convergência e de divergência entre o programa formulado nacionalmente *vis a vis* com os programas supostamente apenas implementados nos municípios estudados. Deve-se firmar alguns conceitos.

Primeiro: seria engano supor que a formulação do PSF seja uma prerrogativa exclusiva do Ministério da Saúde, enquanto aos gestores locais caberia apenas sua implementação. Ao gestor federal cabe, sem dúvida, a ação de formular, mas ao mesmo tempo está imerso em processos de implementação, recebendo permanentemente retro-alimentação dos níveis locais. Ao mesmo tempo, aos gestores locais cabe implementar mas têm de estar atentos às nuances da dinâmica e do câmbio permanente da realidade local – o resultado é que sua ação se dá em torno de um complexo de interações que inclui

formulação-implementação-avaliação-reformulação, nem sempre necessariamente nesta ordem e com conexões importantes entre si.

O segundo aspecto é que falar em convergências e divergências entre a política nacional e as políticas locais talvez não seja o mais apropriado. Ao ser implementada, nenhuma política ou ação de governo obedece rigorosamente ao roteiro traçado quando da sua formulação. Os fatores perturbadores de natureza política, institucional, cultural, conjuntural são muito variados e dificilmente estariam sob controle, como enfatiza a literatura referente à análise de políticas, já debatida no Capítulo 2 deste trabalho. No caso do PSF esta “falta de controle” é uma possibilidade concreta, confirmada sobejamente pelas experiências visitadas, à medida que as soluções locais diferenciadas, e até mesmo personalizadas, são bastante freqüentes.

Há um terceiro aspecto a considerar, que está ligado à dinâmica de funcionamento do organismo federal encarregado de coordenar o PSF nacionalmente, ou seja, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (DAB). Este é o setor que centraliza as demandas encaminhadas pelos municípios que operam o PSF, que já se contam em alguns milhares no país. Uma das características distintivas do setor é o seu corpo técnico, formado por gerentes e técnicos freqüentemente oriundos de estados e municípios, muitos deles ex-coordenadores locais de PSF, com atribuições de realizar a condução do Programa. A compreensão do papel de tal burocracia deve distanciar-se de alguma das teorias conspiratórias e satanizadoras ainda vigentes a respeito da mesma, mesmo porque este ator não é e jamais foi monolítico – afinal, a burocracia é um agente que institui para a sociedade, mas também é instituído por esta e assim transita permanentemente dentro de um sistema de contradições e brechas, de equilíbrios que se refazem a cada momento, de processos negociados que predominam sobre as imposições ou meras concessões, conforme foi explorado no Capítulo 11. Este seria atualmente um caso comum nos órgãos públicos federais, com novos estratos de gerentes – uma nova burocracia – exercendo papéis de formulação e acompanhamento de políticas. Isto reforça a hipótese de que o tema das divergências e convergências deva ser tratado de forma relativizada, apontando mais para uma situação em que predominam os ajustes mútuos e não as imposições.

O DAB reúne algumas características marcantes, que dão a tônica de sua atuação em termos da condução do PSF no país. Em primeiro lugar, sua equipe tem articulações e origem municipais freqüentes, configurando um quadro autêntico de executivos públicos da saúde. Sua prática administrativa tem sido não só trabalhar com técnicos arregimentados nas bases do sistema, como também envolver estas mesmas bases na execução de tarefas sob responsabilidade do DAB, formando, por vezes, estruturas matriciais típicas para o desempenho das mesmas. O Departamento, assim, se torna sede e também propulsor de alguns círculos virtuosos políticos e administrativos trilaterais, envolvendo os gestores federal, estaduais e locais.

Nestes aspectos, aliás, o DAB tem mostrado diferenças em relação às práticas de outros setores mais tradicionais e autônomos, vinculados à estrutura do Ministério da Saúde. Veja-se, por exemplo, a FUNASA e os extintos CEME e INAN, entidades portadoras de práticas historicamente centralizadoras, pouco afeitas ao grau de compartilhamento de responsabilidades, como se vê nos domínios dessa nova burocracia, salvo exceções.

Além disso, é importante lembrar que o DAB tem sido um ator externo importante e destacado entre os interlocutores municipais. Em muitos casos ele é arrolado entre os principais apoios que o programa recebeu, maior até do que alguns que seriam mais lógicos ou mais próximos. A maneira como o setor vem conduzindo suas atribuições mostra também uma certa visão de processo, ou seja, uma posição evolutiva, em que prevalece a cooperação e o aprendizado mútuo, dentro do qual o normativismo e o dogmatismo de alguns anos atrás vem sendo substituído por uma visão mais pragmática e flexível, o que, mais do que apenas afirmado textualmente, é objeto de constatação ao se analisar a trajetória do órgão. “há um passado rígido, mas o momento atual é de flexibilização sem perder a inflexibilidade nos princípios, com atenção especial para a riqueza das inovações”, nas palavras de sua Diretora na entrevista concedida para este estudo.

Na verdade, é bom lembrar que o projeto do Ministério da Saúde iniciou-se em 1993, justamente com uma consulta a um grupo de municípios e outras entidades que já então praticavam algo semelhante ao que o ministro Henrique Santillo e seus assessores desejavam. Não surgiu *do nada* e nem tampouco de elucubrações tecnocráticas, portanto.

Em tentativa de sistematizar as dinâmicas de relacionamento entre Ministério da Saúde e municípios, particularmente no caso presente do PSF, pode-se enumerar alguns padrões de contato entre os dois níveis, a saber: (a) os municípios elaboram propostas que se antecipam às do nível central; (b) o Ministério demanda ativamente a cooperação dos municípios em seus processos internos específicos; (d) as propostas próprias dos municípios caminham de forma inercial e involuntária e, às vezes, até se disseminam, com, sem ou apesar do gestor federal; (e) o Ministério da Saúde provoca ajustes em sua propostas, de forma a atender o que se evidencia como fato social.

Estas considerações permitiriam enunciar o que pode também ser denominado de boas práticas de gestão verificadas no relacionamento entre o Ministério da Saúde e municípios, quando o tema é o PSF, delineadas a seguir:

- (a) Parece produtivo o exercício de uma visão de processo em relação ao acompanhamento das experiências e à própria proposição de normas e instrumentos, dada a capacidade freqüentemente demonstrada, mesmo pelos gestores “pequenos”, de produzirem inovações e até mesmo se anteciparem à diretriz superior. Veja-se os casos de Ibiá e Vitória da Conquista, por exemplo;

- (b) A tônica no aprendizado mútuo é fundamental, principalmente considerando as muitas situações de antecipação ou mesmo de propostas municipais que passam a ter curso livre entre pares, até de forma extemporânea ou paralela em relação ao movimento ou ao desejo do Ministério de valorizá-las ou aproveitá-las;
- (c) Como decorrência do postulado anterior, abrem-se possibilidades de cooperação horizontal, ou seja, aquela que surge de forma até mesmo espontânea (às vezes formalizada) entre os próprios municípios, para a qual cabe ao Ministério da Saúde não só o papel de identificar e sistematizar, como também de fomentar e facilitar sua circulação;
- (d) É ainda necessário aprofundar a melhor definição de papéis das esferas de governo, como decorrência do pacto federativo complexo brasileiro. Neste aspecto, *ausências notáveis*, no caso, das SES em relação ao PSF, deveriam ser justificadas ou, senão, corrigidas;
- (e) Práticas de incentivos e emulações, não necessariamente de base material, como a mostra de PSF, premiações e honrarias demonstrou ter um papel fundamental, não só em termos simbólicos, como, também, como base concreta da sustentabilidade política de algumas experiências em curso, particularmente daquelas instaladas em ambientes políticos e sociais adversos;
- (f) A questão das áreas de sombra, por exemplo, financiamento, referências, recursos humanos, implantação em grande centros, cobertura a setores especiais (populações rurais, dispersas, assentamentos de reforma agrária, índios e outros) deve receber prioridade absoluta por parte da atuação dos gestores;
- (g) O PSF tem se revelado uma modalidade de integração de políticas públicas em saúde como ainda não se viu na história sanitária do país, formando autênticos amálgamas, em que finalmente integram-se os aspectos individuais e coletivos, preventivos, promocionais e curativos da atenção à saúde – isto evidentemente deve continuar a ser levado em consideração nos processos de decisão internos e na definição das prioridades da ação.

Em busca de uma síntese

Em busca de uma síntese abrangente de todo o caminho percorrido caberia agora as questões seguintes: o que realmente as experiências visitadas têm em comum? Embora as muitas diferenças encontradas, o que não seria inesperado aliás, dada a diversidade e a heterogeneidade das situ-

ações sobre as quais foram construídas, uma série de pontos comuns podem ser arrolados entre as referidas experiências:

- (a) Realizam-se em ambientes em que as condições de gestão do SUS já se encontram amadurecidas, com a Gestão Plena do Sistema Municipal formalmente implementada, nos termos da nob 96 e que, além do mais, as práticas de assistência e gestão encontradas são de perfil mais avançado, configurando uma gama ampliada de responsabilidades: individuais e coletivas; preventivas e curativas; técnicas e políticas; locais e regionais; imediatas e remotas;
- (b) Acumulam evidências de que resultam de um somatório de práticas inovadoras e bem-sucedidas de assistência e gestão, não só no campo restrito e específico da saúde, mas também em outras áreas de governo; e, mais ainda, que esse cenário de práticas está inserido em um ambiente onde predominam: a decisão política forte; a continuidade administrativa e política; a qualificação técnica significativa; o engajamento consciente dos servidores nos projetos de mudança;
- (c) Articulam-se a amplas redes de contatos externos, nacionais e internacionais, de natureza formal ou informal, configurando um cenário de cosmopolitismo político e sanitário;
- (d) Desfrutam, de modo geral, de ampla visibilidade externa, graças não apenas à rede de contatos referida, como ao esforço local de envolvimento no cenário nacional das discussões e da produção científica relativas ao sistema de saúde;
- (e) Nelas despontam freqüentemente lideranças jovens, altamente articuladas fora das fronteiras municipais, qualificadas empiricamente e, sobretudo, portadoras de traços de personalidade carismáticos e voluntaristas além de serem militantes partidários assumidamente imbuídas de ideologia política;
- (f) A ação é subsidiada pelos conteúdos essenciais da Reforma Sanitária e do SUS, sem impedimento de que já desponham no horizonte tendências de incorporação de uma nova pauta de discussões contemporâneas envolvendo, por exemplo, qualidade de vida, vigilância e promoção da saúde, ética, humanização, além de outros temas;
- (g) São portadoras de um discurso especialmente alinhado com a democratização e a participação social no sistema de saúde, fazendo do mesmo um instrumento de proselitismo político que nem sempre corresponde à mobilização objetiva da sociedade em torno das propostas defendidas, particularmente no campo da Saúde da

Família, embora o cumprimento formal dos dispositivos do SUS referentes à participação e controle social constitua regra geral;

- (h) Embora o PSF seja bem aceito pelas comunidades, predominam em relação ao mesmo, por parte das representações de usuários, posturas de “gratidão” e reconhecimento em relação ao que já foi alcançado e de manutenção das conquistas, mas não necessariamente reivindicações pró-ativas para a implantação ou para a reformulação dos conteúdos dos programas oferecidos;
- (i) São mais expressivas as possibilidades de se ter melhores Programas de Saúde da Família, como de resto práticas de políticas e serviços sociais mais qualificadas naqueles municípios onde a sociedade se encontra melhor organizada nas suas entidades representativas, seja no plano político geral ou em relação a temas e setores específicos, como, por exemplo, moradores, portadores de patologias e outros grupos de interesse, configurando o que se denominou de comunidade cívica e capital social.
- (j) Os ritmos de implementação dos PSF têm como regra a aceleração, ou mesmo uma autêntica *explosão (big bang)*, guardando, por vezes, sintonia com os ciclos do calendário político-eleitoral vigente nos municípios;
- (k) Mesmo as experiências que propuseram-se a um caráter substitutivo mais radical em relação ao modelo de assistência tradicional, muitas vezes mostraram dificuldades em assumir tal característica de forma abrangente, tendo em vista a persistência de elementos tradicionais no padrão da atenção e a competição destes com os novos dispositivos implantados, neutralizando-os ou enfraquecendo-os;
- (l) Os obstáculos comprometedores da sustentabilidade dos programas, representados pelas questões do financiamento, das referências especializadas, da cultura e dos recursos humanos apresentaram-se de forma generalizada, constituindo muitas vezes situações que escapavam ou ultrapassavam a governabilidade local;
- (m) No caso da política de recursos humanos, ao lado das pendências ainda pulsantes, mostrou-se também uma extraordinária capacidade local de articulação para a solução de problemas, de que um bom exemplo é o processo de capacitação e de contratação;
- (n) A questão médica continua a ser um dos aspectos problemáticos e propensos ao desenvolvimento de dificuldades tardias que poderão comprometer a sustentabilidade de muitos programas;
- (o) As experiências tiveram como característica marcante o fato de representarem um efeito “espelho”, ou seja, de se converterem em

pontos de atração da visão externa sobre a realidade local, cumprindo um importante papel pedagógico e de cooperação técnica horizontalizada;

- (p) Saúde da Família mostra-se contemporaneamente como um grande e competitivo mercado de trabalho no país, não só para os membros das equipes técnicas das diversas formações, como também para os cargos de direção superior, configurando mesmo uma nova categoria de agentes, os executivos públicos da saúde;
- (q) Fatores culturais de diversas naturezas, sejam ligados aos usuários, sejam aos profissionais, perpassam o quadro das experiências, influenciando seu desenvolvimento de forma negativa ou mesmo positiva, mas, de toda forma, exigem maior investimento material e intelectual na sua compreensão e na sua abordagem;
- (r) As ausências notáveis na cooperação técnica aos municípios, no caso das instituições de ensino superior na área da saúde e das Secretarias de Saúde estaduais, são questões perturbadoras sobre o desenvolvimento do sistema de saúde e do PSF em particular, que exigem maior atenção das autoridades da área educacional e do SUS;
- (s) Revelam-se áreas de sombra diversas, algumas desveladas, outras não, que denunciam a necessidade de avanço em relação a muitos dos desafios ainda enfrentados pelo PSF, citando-se, como exemplos, a abordagem da questão cultural, o desenvolvimento de processos de avaliação de impacto, a articulação com a sociedade, o desenvolvimento de protocolos assistenciais, entre outros.

As boas práticas e os ciclos virtuosos no PSF

Como decorrência imediata da síntese acima procedida, em que linhas de união mostram-se ao longo do conjunto de casos, uma última questão pode ser colocada: “que lições (“boas práticas”) foram possíveis de serem apreendidos nestas experiências?”

A lista abaixo oferece uma tentativa de sistematização, mas certamente não tem caráter exaustivo, dada a riqueza e a complexidade dos processos em jogo. Além do mais, procurou-se inserir nestas linhas apenas aquilo que parece interessar ao maior conjunto possível de atores, deixando de lado, portanto, aspectos considerados demasiadamente particulares ou de aplicação muito restrita.

- (a) Boa condução é muito importante e, entre seus atributos, podem ser arrolados capacidade de tomada de decisões, liderança, carisma, espírito empreendedor, embasamento ideológico, além de qualificação técnica e continuidade;
- (b) A boa condução teria pouco a oferecer se não contasse com boas equipes técnicas, aspecto que pode ser traduzido por qualificação de conhecimentos, tradição de discussões em saúde, base ideológica, capacidade empreendedora associada a militância, sintonia com o projeto político, aceitação da liderança, organização e inserção em entidades representativas;
- (c) Boas práticas sociais também possuem um lugar de destaque, traduzidas por equilíbrio e sintonia entre as propostas de participação originadas do governo e as da sociedade; associação sinérgica entre as noções de responsabilidade pública e de direito à saúde, bem como produção de efeitos concretos como resultado de tais práticas;
- (d) Como decorrência, a presença de um bom governo, que se traduz por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública;
- (e) Boa articulação externa ou a prática de um cosmopolitismo político e sanitário, de preferência direcionada a interlocutores seletos individuais ou institucionais, que sejam capazes de oferecer respaldo técnico e cobertura política ao desenvolvimento dos projetos e programas de governo;
- (f) Boa implementação programática, o que significa investimento em padrões efetivamente substitutivos dos modelos de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos regimes de práticas;
- (g) Desenvolvimento de inovações, seja do ponto de vista gerencial ou assistencial, diferenciando-as das meras *novidades*, mas tendo como diretriz norteadora a ousadia e o destemor frente às possibilidades de erro e reversão;
- (h) Busca decidida da sustentabilidade das práticas desenvolvidas, não só em termos financeiros e de estrutura e processos, mas também nos planos cultural, simbólico e político, resultando no necessário enraizamento das experiências no imaginário da comunidade de usuários e dos tomadores de decisão;
- (i) Efeito espelho: articulação e difusão da experiência local entre

interlocutores externos, diferenciados ou não, configurando a responsabilidade por uma pedagogia do exemplo fundamental no processo de construção de políticas públicas.

Rio de Janeiro, Brasília, Povoado do Moinho-Goiás
setembro de 1999 a outubro de 2002
(Revisado em agosto de 2006)

SIGLA	SIGNIFICADO
AB	Atenção Básica
ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
ABRASCO	Associação Brasileira de pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	American Medical Association
ANC	Assembléia Nacional Constituinte
APM	Associação Paulista de Medicina
APS	Atenção Primária à Saúde
ASAS	Associação de Apoio à Saúde Conquistense (de Vitória da Conquista)
BA	Bahia (estado)
BM	Banco Mundial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite (estadual)
CIT	Comissão Intergestores Tripartite (nacional)
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSAC	Coordenação de Atenção à Saúde da Comunidade (extinta)
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição sobre Movimentação Financeira
CSEM	Centro de Saúde Escola Murialdo
DAB	Departamento de Atenção Básica (do Ministério da Saúde)
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC 29	Emenda Constitucional 29
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública (da FIOCRUZ)
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAMUC	Fundação Municipal de Saúde de Contagem
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FHC	Fernando Henrique Cardoso (governo)
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz (do Ministério da Saúde)
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundação Municipal de Saúde (de Niterói)

FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GIH	Guia de Internação Hospitalar (substituída desde a década de 80 pela AIH)
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSP	Gestão Plena do Sistema Municipal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMS	Instituto de Medicina Social (da UERJ)
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (extinto)
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social (extinto)
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISC	Instituto de Saúde Coletiva (da UFBA)
LAPA	Laboratório de Planejamento Estratégico (da Unicamp)
MEC	Ministério da Educação do Brasil
MG	Minas Gerais (estado)
MGC	Medicina Geral Comunitária
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil
MPS	Medicina Preventiva e Social
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NESUR	Núcleo de Estudos Urbanos (da Unicamp)
NHS	National Health System (da Inglaterra)
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OECD	Organization of Economic Cooperation for Development
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Postos de Assistência Médica (da antiga Previdência Social)
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PDS	Partido Democrático Social (ex ARENA)
PIB	Produto Interno Bruto
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (extinto)
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro (ex MDB)
PMF	Programa Médico de Família (de Niterói)
PMVC	Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista

PPA	Plano de Pronto Ação do Governo Federal (1999)
PR	Paraná (estado)
PRO-UNI	Programa União Universidade, Comunidade e Serviço (da Fundação Kellog)
PSC	Programa Saúde em Casa (do Distrito Federal – extinto em 1999)
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC-MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
PV	Partido Verde
REFORSUS	Programa de Reforço à Reorganização do SUS
RJ	Rio de Janeiro (estado)
RS	Rio Grande do Sul (estado)
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde (do Ministério da Saúde)
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP (FSESP)	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde (do Ministério da Saúde)
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Atendimento Integrado (de Contagem)
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

URV	Unidade Real de Valor
VIII CNS	Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986)
WB	World Bank
WHO	<i>World Health Organization</i>