

12. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

José Carvalho de Noronha
Luciana Dias de Lima
Cristiani Vieira Machado

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde.

A implantação do SUS tem início no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Posteriormente, reformulam-se os papéis dos entes governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde, adotam-se novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde, criam-se e ampliam-se as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários.

Neste capítulo, são tratados os principais aspectos que orientam e influenciam a implantação do SUS até meados da década de 2000. Inicialmente, são identificados os marcos legais e normativos para a conformação do sistema, ressaltando a abrangência e a profundidade das mudanças propostas na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. Em seguida, apresentam-se a diversidade de ações e serviços que compõem o sistema, bem como suas formas de organização e descreve-se o arcabouço institucional do SUS, incluindo sua estrutura de gestão e instâncias

decisórias, destacando-se o papel das três esferas de governo, das denominadas comissões intergestores na Saúde e das conferências e dos conselhos de Saúde.

Na seção seguinte, discute-se a importância do Ministério da Saúde na regulamentação específica do processo de descentralização de responsabilidades e funções para os municípios e estados brasileiros. Enfatizam-se, ainda, alguns fatores estruturais e conjunturais que condicionam a política de saúde desde o início dos anos 90. À luz desses fatores, na parte final é feito um breve balanço dos avanços e das dificuldades enfrentadas em diferentes âmbitos estratégicos para a implementação do SUS, destacando-se desafios existentes.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Desde a derrocada do regime militar, o Brasil vive uma extraordinária experiência de reformas e redefinição do seu sistema público de saúde. O marco desse novo tempo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em torno dos temas da saúde como direito de cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, que alimentaram um intenso debate travado até a aprovação da Constituição de 1988. De certa forma, os temas e diretrizes centrais dessa conferência persistirão, por um bom tempo, na agenda dos desafios a serem enfrentados na política de saúde brasileira.

8ª Conferência Nacional de Saúde

A origem das conferências de Saúde precede a publicação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. Instituídas pela lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, elas tinham como principal objetivo propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-o de informações para formulação de políticas, para a concessão de auxílios e subvenções financeiras. Desde que foram instituídas, as conferências sofreram profundas mudanças, mas todas, com maior ou menor intensidade, interferiram nas políticas de saúde (Escorel & Bloch, 2005). Assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco de transformação desses fóruns, sendo fundamental para o processo da reforma do sistema de saúde brasileiro desembocado na Constituição de 1988.

Convocada pelo presidente José Sarney, a 8ª Conferência reuniu mais de quatro mil pessoas e contou, pela primeira vez, com ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em

saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Os principais temas tratados desdobraram-se nas seguintes diretrizes centrais, cujos requisitos continuam válidos ainda hoje: 1) a busca da equidade; 2) a garantia de acesso universal às ações e aos serviços de saúde; 3) o aumento do financiamento público do setor saúde; 4) a unificação e a integração das ações, do ponto de vista de seu conteúdo – preventivas, curativas e de reabilitação – e do ponto de vista de sua gestão, integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade das estruturas gestoras em cada nível; e 5) a atribuição de maiores poderes à população para participar ativamente na formulação, na implementação e no controle das ações de saúde.

Fonte: Escorel & Bloch, 2005.

Durante o processo constituinte, a grande pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos de esquerda logrou uma coalizão parlamentar suficientemente forte para introduzir no “Título VIII – Da Ordem Social” um capítulo (II) específico sobre a seguridade social (Brasil, 1988). O conteúdo ideológico deste capítulo demonstra a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade, concretizados com o exercício dos direitos sociais.

Seguridade social

Modalidade de intervenção específica do Estado na área social adotada em vários países desenvolvidos, principalmente no pós-guerra, caracterizada pela distribuição de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de uma nação, abrangendo previdência, saúde, assistência social, educação e outros direitos sociais (Viana & Levcovitz, 2005). No Brasil, a seguridade social foi instituída na Constituição de 1988 abrangendo a previdência, a saúde e a assistência social. (Para conhecer os modelos de proteção social em saúde, leia o capítulo I.)

Fonte: Viana & Levcovitz, 2005.

No artigo 194, a Constituição conceitua e estabelece os princípios da seguridade social. Ela “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Compete ao Poder Público organizá-la em uma lógica universalista e equitativa, financiada por fontes diversificadas de receitas de impostos e contribuições sociais, dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios.

Nesse contexto, de articulação e integração das políticas sociais, foram estabelecidos os fundamentos que, pela primeira vez em nossa história, orientaram a inscrição da saúde como direito de todos os cidadãos

brasileiros e obrigação do Estado. Cabe destacar a concepção ampla da saúde adotada na Constituição de 1988, garantida mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil/1988).

Para dar materialidade à política de saúde, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na lei n. 8.080, de 1990, como: “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Estão incluídos nesta definição:

- 1) atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
- 2) serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- 3) ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
- 4) intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- 5) instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

Explicita-se que, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada. A participação complementar dos serviços privados deve ser realizada mediante o estabelecimento de contratos e convênios, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização.

O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos, mas também por uma ampla rede de serviços privados, principalmente

hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados com recursos públicos destinados à saúde. O financiamento oriundo de receitas arrecadadas pelo Estado permite que a totalidade de ações e serviços prestados no âmbito do SUS seja oferecida de forma gratuita, sem que os usuários tenham que comprovar qualquer forma de contribuição financeira prévia.

Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde são:

1) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência

O acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Ele implica a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso dos contribuintes da Previdência Social – inicialmente compostos por determinadas categorias profissionais e, posteriormente, pelos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho – aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços, pois os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária, sendo de responsabilidade de toda a sociedade.

2) Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie

Este princípio reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não é aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não. Somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas.

3) Integralidade da assistência

A integralidade é entendida, nos termos da lei, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A idéia é que as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Por isso, os profissionais de saúde e os gestores do SUS devem empenhar-se em organizar as práticas dos serviços, de modo a permitir que essa integração ocorra. No âmbito mais geral da

Gestores do SUS

No SUS, definiu-se que os gestores são os representantes no âmbito dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União designados para o desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área da saúde. Cada uma das estruturas que compõem a direção do SUS nos diferentes níveis de governo possui uma organização própria. Independentemente da existência de uma autoridade sanitária (ministro ou secretários de Saúde), essas estruturas têm órgãos gestores, com diferentes cargos de direção e chefia, que participam e são co-responsáveis pela gestão do SUS, em coerência com as funções que lhes foram atribuídas em regulamentação específica.

política de saúde, a integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população.

4) Participação da comunidade

A participação da comunidade é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nos diferentes níveis de governo. A materialização desse princípio se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos conselhos de Saúde e pela realização das conferências de Saúde, que representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população.

5) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A descentralização com comando único implica que governos estaduais e, principalmente, os municipais tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde. Ela tem como propósito promover a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade. No entanto, visto que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes níveis de especialização, complexidade e custo, faz-se necessário organizar a rede de serviços do SUS de modo que ela ofereça os procedimentos necessários sem ociosidade.

Para isso, é preciso definir os serviços por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-los geograficamente (regionalização). Em um nível mais básico, estariam os serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos mais freqüentemente necessários (ex.: vacinas, consultas em clínica médica e pediatria, parto normal). Esses serviços deveriam se distribuir o mais amplamente possível em todo o território nacional. Em um nível mais especializado ou complexo, estariam situados os hospitais, os ambulatórios e as unidades de diagnose e terapia capazes de realizar aqueles procedimentos menos freqüentemente necessários, para os quais não

Você pode saber mais sobre a participação social no sistema de saúde no capítulo 28.

é aceitável ociosidade dadas as implicações nos custos crescentes sobre o sistema (ex.: cirurgia cardíaca, ressonância nuclear magnética, transplantes de medula óssea).

A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades mais complexas do sistema quando necessário e que possam retornar à sua unidade de origem (correspondente a um nível mais básico do sistema) para acompanhamento (mecanismo de referência e contra-referência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados. A articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais. Essa questão voltará a ser abordada adiante.

Para refletir

Quais os desafios associados à regionalização e hierarquização do SUS considerando-se as desigualdades na distribuição territorial dos serviços de saúde no Brasil? Quais as implicações das diferenças observadas na oferta de serviços para a concretização dos princípios do SUS?

A título de exercício, acesse o *site* do Datasus do Ministério da Saúde (<www.datasus.gov.br>) e tente organizar algumas informações sobre o número de leitos de UTI cadastrados ao SUS conforme a região e o estado. Reflita sobre as implicações da desigualdade na distribuição desses serviços para a garantia do direito universal e para a equidade e a integralidade da assistência à saúde no Brasil.

Dada a abrangência das ações e dos serviços previstos no SUS, as determinações legais relativas ao âmbito de atuação do Estado na saúde são também bastante amplas. Além da organização da rede de assistência à saúde, compete ao Poder Público: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador; a ordenação de recursos humanos para a saúde e a participação na produção de insumos para a saúde e em outras políticas relevantes, como a de saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente.

Ressalte-se que várias responsabilidades do Estado na área da saúde implicam parceria com outros setores de governo, como o desenvolvimento científico e tecnológico, a formação de recursos humanos, a provisão e regulação de insumos para a saúde, a política industrial, de urbanização, saneamento e educação, por exemplo.

As atribuições do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária são discutidas no capítulo 23. Conheça em detalhes as ações de vigilância epidemiológica no capítulo 22.

Os dispositivos mencionados têm as seguintes implicações para a inserção do SUS como uma política de Estado:

- 1) a responsabilidade pela situação de saúde não é apenas setorial;
- 2) as políticas econômicas e sociais devem estar orientadas para a eliminação ou redução de riscos para a saúde;
- 3) a integração das políticas de saúde com as demais políticas públicas é fundamental;
- 4) a atuação integrada das três esferas de governo no âmbito do SUS faz-se necessária.

O Quadro 1 resume os princípios e diretrizes do SUS como expressão dos direitos dos cidadãos brasileiros e deveres do Estado.

Quadro 1 – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS

Princípios e diretrizes do SUS	Direitos dos cidadãos	Deveres do Estado
Universalidade no acesso e igualdade na assistência	<ul style="list-style-type: none"> • Igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de ações e serviços necessários a toda a população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independentemente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo do atendimento.
Integralidade na assistência	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de condições de atendimento adequadas ao indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. • Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Quadro 1 – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS (continuação)

Princípios e diretrizes do SUS	Direitos dos cidadãos	Deveres do Estado
Participação da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nos diferentes níveis de governo. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.
Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde. Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros. Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político-administrativos.

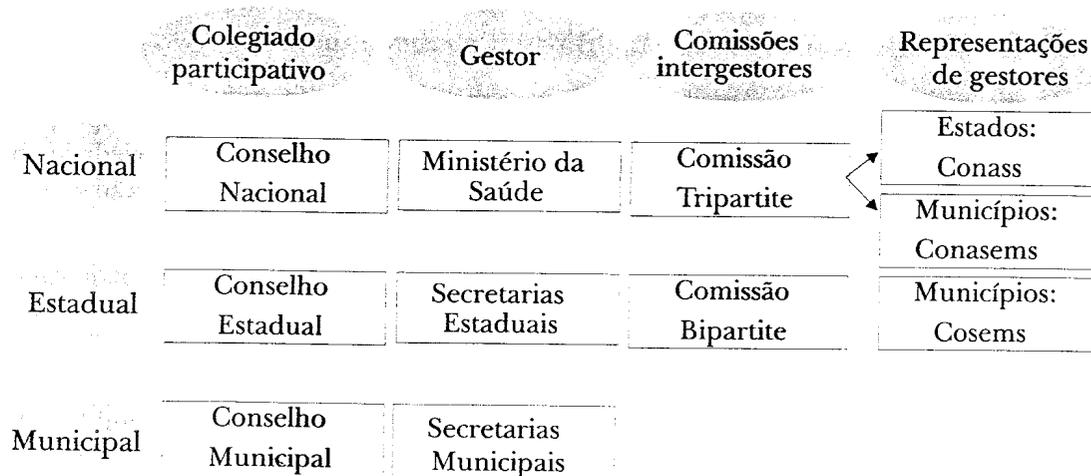
CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL DO SUS: INSTÂNCIAS DECISÓRIAS E ESTRUTURA DE GESTÃO

O modelo institucional proposto para o SUS é ousado no que concerne à tentativa de concretizar o acordo entre os diferentes níveis gestores do sistema e fortalecer o controle social sobre as políticas de saúde. Tal arranjo permite que vários atores sociais, mesmo os não diretamente responsáveis pelo desempenho de funções típicas da gestão dos sistemas e serviços, participem do processo decisório sobre a política de saúde.

No Diagrama 1, encontra-se sistematizado o arcabouço institucional e decisório vigente no SUS.

Para saber mais sobre a participação dos atores no processo de formulação de políticas, consulte o capítulo 2, sobre análise de políticas de saúde.

Diagrama 1 – Arcabouço institucional e decisório do SUS



Fonte: SAS/MS, 2002.

Esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: 1) gestores do sistema em cada nível de governo; 2) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação das diferentes esferas de governo, a Comissão Intergestores Tripartite e as comissões Intergestores Bipartites (uma por estado); 3) conselhos de secretários de Saúde nos âmbitos nacional e estadual; 4) conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal, além da realização periódica de conferências de Saúde. No presente capítulo, são abordados de forma sintética alguns aspectos referentes ao papel dos gestores e das instâncias de negociação e decisão do SUS.

O papel das três esferas de governo na gestão do SUS

A lei n. 8.080, de 1990, define as atribuições de cada esfera de governo no desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na saúde. A direção do SUS é única nos níveis nacional, estadual e municipal, sendo exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes.

De forma geral, pode-se dizer que os gestores no SUS atuam em dois âmbitos bastante imbricados: o político e o técnico. O âmbito político se expressa no relacionamento constante dos gestores do SUS com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes. O próprio desempenho das funções do Poder Executivo, em um sistema político republicano e democrático como o Brasil, e os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos de representação e atuação do governo e da sociedade civil organizada.

Como no SUS existem instâncias de negociação e decisão, envolvendo a participação dos diferentes níveis gestores do sistema e de diversos segmentos representativos dos interesses da sociedade, destaca-se a participação dos gestores nos conselhos de Saúde, nos conselhos de representação dos secretários de Saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – Conasems; Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados – Cosems), na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs).

Os gestores, portanto, exercem suas funções e cumprem com suas responsabilidades na área da saúde de forma compartilhada. A gestão pública da saúde é exercida por diversos entes governamentais e não governamentais e exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e negociação dos interesses da sociedade. Cabe aos gestores assumirem a liderança da negociação política voltada para o processo decisório, característica das sociedades democráticas, em defesa da implementação dos princípios e diretrizes do SUS.

No âmbito técnico, a atuação do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras na saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

Simplificadamente, podem-se identificar quatro grandes grupos de funções ou 'macrofunções' gestoras nos diferentes campos da atenção à saúde, que englobam: 1) formulação de políticas e planejamento; 2) financiamento; 3) regulação; 4) prestação direta de ações e serviços de saúde.

As macrofunções gestoras estão relacionadas aos componentes e dinâmica dos sistemas de saúde descritos no capítulo 3.

Regulação

O termo regulação é bastante genérico, existindo diferentes concepções a seu respeito, assim como sobre a regulação do Estado na área da saúde. A regulação no SUS envolve quatro âmbitos principais: 1) a regulação sobre prestadores de serviços; 2) a regulação de sistemas de saúde; 3) a regulação sanitária; 4) a regulação de mercados em saúde. Nestes âmbitos, inclui a adoção de um conjunto de estratégias voltadas para a regulamentação, a coordenação e a avaliação de ações, bens, serviços e sistemas de saúde, visando controlar procedimentos e processos, induzir e assegurar determinadas características comuns e resultados mais uniformes.

Fonte: Machado, 2002.

Cada uma dessas funções compreende uma série de atividades específicas, sendo exercidas de forma diferenciada pelos três níveis gestores, conforme a definição da regulamentação específica. Dentro da macrofunção

de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações e serviços em todos os níveis de atenção, entre outras. O financiamento envolve a alocação de tributos, a elaboração e a execução de orçamentos públicos voltados para a saúde, a constituição de fundos específicos para recebimento e utilização das receitas destinadas à saúde e a prestação de contas quanto ao montante empenhado em saúde e o destino dos recursos. A regulação inclui a proposição de normas técnicas e padrões, a coordenação, controle e avaliação de serviços e sistemas de saúde, a gestão de informações em saúde, o estabelecimento de contratos e convênios com prestadores privados, a fiscalização de serviços e de produtos com implicações para a área da saúde. Por fim, a prestação direta de ações e serviços de saúde abrange todos os procedimentos técnicos e administrativos vinculados à execução de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, por serviços públicos da respectiva esfera de governo.

Se analisarmos as funções delineadas para a União, os estados e os municípios no terreno das políticas de saúde, veremos que o nosso sistema se caracteriza pela existência de um grande número de atribuições comuns e concorrentes entre as diferentes esferas de governo sem que existam padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados. A Constituição de 1988, por exemplo, considera 'cuidar da saúde' uma tarefa da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e, como um dever do Estado, a saúde deve ser garantida por todos os entes da federação. Diante das imensas desigualdades regionais e socioeconômicas do país, da variedade de funções e atividades a desempenhar e dos desafios a enfrentar, a divisão de responsabilidades entre os diferentes níveis gestores do sistema precisa admitir arranjos adequados às realidades dos municípios e dos estados brasileiros, nos diversos campos da atenção à saúde. Isso garante certa flexibilidade institucional, típica dos sistemas federativos contemporâneos, e revela a necessidade de negociação e do estabelecimento de acordos entre as esferas de governo envolvidas.

O detalhamento de competências específicas dos gestores do SUS é feito pela Lei Orgânica da Saúde, mas outros instrumentos de regulamentação federal e estadual – principalmente portarias, decretos e resoluções (ver A base de regulamentação do SUS) – contribuem para a repartição de responsabilidades entre os gestores do SUS. De forma geral, podemos dizer que:

- Os três gestores participam do planejamento dos sistemas de serviços e da formulação das políticas de saúde; da mesma forma,

os três gestores são **responsáveis** pela realização de investimentos voltados para a redução das desigualdades, cada um em sua esfera de atuação (sendo estratégica a ação do governo federal para a redução das desigualdades regionais); e ainda pelo controle e avaliação do conjunto do sistema, incluindo a avaliação de resultados, nas suas respectivas esferas.

- As principais responsabilidades do Ministério da Saúde são a normalização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional, o que deve ser desenvolvido com a participação dos estados e dos municípios, para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira.
- As principais responsabilidades dos gestores estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado (envolvendo mais de um município) e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios.
- O papel principal do gestor municipal é a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados do sistema. Os estados e o Ministério da Saúde limitam-se a executar serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificadas.

A base de regulamentação do SUS

A regulamentação do SUS constitui-se numa responsabilidade do Poder Legislativo e do Executivo em âmbitos nacional, estadual e municipal, sendo realizada por meio de instrumentos legais e executivos (leis, decretos, resoluções, medidas provisórias, portarias, documentos oficiais). Em âmbito nacional, destaca-se a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (leis n. 8.080 e n. 8.142, de 1990), além de uma série de portarias ministeriais publicadas pelo Ministério da Saúde ao longo das décadas de 1990 e 2000. Entre outros sites na Internet, a localização da legislação do SUS pode ser realizada acessando o portal do Ministério da Saúde, suas secretarias e instituições vinculadas (ver endereços eletrônicos citados ao final do capítulo). A seguir estão listadas as principais fontes legais e documentais consultadas para a confecção deste artigo:

Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5/10/1988.

Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000

Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n. 1/1993

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n. 1/1996

Norma Operacional da Assistência à Saúde n. 1/2002

Pactos pela Saúde de 2006

O Quadro 2 sistematiza as principais atribuições dos gestores das três esferas de governo, organizadas pelas macrofunções.

Quadro 2 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS

Gestor	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Execução direta de serviços
F e d e r a l	<ul style="list-style-type: none"> • identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional • papel estratégico e normativo • manutenção da unicidade, respeitando a diversidade • busca da equidade • apoio e incentivo ao fortalecimento institucional e práticas inovadoras de gestão estadual e municipal • planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde • peso importante dos recursos federais • papel redistributivo • definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados • realização de investimentos para redução de desigualdades • busca da equidade na alocação de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • regulação de sistemas estaduais • coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • apoio à articulação interestadual • regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde • normas de regulação sanitária no plano nacional • regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos) • regulação das políticas de recursos humanos em saúde • coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde • avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais 	<ul style="list-style-type: none"> • em caráter de exceção • em áreas/ações estratégicas
E s t a d u a l	<ul style="list-style-type: none"> • identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual • promoção da regionalização • estímulo à programação integrada • apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de Saúde (SMS) 	<ul style="list-style-type: none"> • definição de prioridades estaduais • garantia de alocação de recursos próprios • definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios • realização de investimentos para redução de desigualdades • busca da equidade na alocação de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • regulação de sistemas municipais • coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal • apoio à articulação intermunicipal • coordenação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) no estado • implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos) • regulação sanitária (nos casos pertinentes) • avaliação dos resultados das políticas estaduais • avaliação do desempenho dos sistemas municipais 	<ul style="list-style-type: none"> • em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária • em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal

Quadro 2 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS (continuação)

Gestor	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Execução direta de serviços
M u n i c i p a l	<ul style="list-style-type: none"> • identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal • planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos • organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário) 	<ul style="list-style-type: none"> • garantia de aplicação de recursos próprios • critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais • realização de investimentos no âmbito municipal 	<ul style="list-style-type: none"> • organização das portas de entrada do sistema • estabelecimento de fluxos de referência • integração da rede de serviços • articulação com outros municípios para referências • regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados • regulação sanitária (nos casos pertinentes) • avaliação dos resultados das políticas municipais 	<ul style="list-style-type: none"> • peso importante na execução de ações/prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária • gerência de unidades de saúde • contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde

Para refletir

Você já ouviu falar (no seu local de trabalho, na mídia) sobre conflitos entre os gestores do SUS (nos âmbitos federal, estadual ou municipal) relacionados à definição de responsabilidades sobre fatos ocorridos na saúde, ou chegou mesmo a presenciar algum conflito assim? Com base na leitura do texto e em sua experiência pessoal, você consegue identificar os possíveis motivos para a existência desse tipo de conflito?

Comissões intergestores na saúde

Em face da necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas na área da saúde as comissões intergestores. A estratégia associada à criação dessas instâncias é a de propiciar o debate e a negociação entre os três níveis de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde, devendo submeter-se ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de Saúde.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em funcionamento desde 1991 no âmbito nacional, tem 15 membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de Saúde indicados pelo Conass e representantes dos secretários municipais de Saúde indicados pelo Conasems, segundo representação regional.

Você sabia?

Instituída por meio da portaria ministerial n. 1.180, de 22 de julho de 1991, em conformidade com a recomendação do Conselho Nacional de Saúde, a CIT teve funcionamento assistemático nos anos de 1991/1992 e vem se reunindo rotineiramente, pelo menos uma vez ao mês, desde 1993. Para saber mais sobre as pautas das reuniões e os principais temas tratados nessa instância, consulte o *site* <<http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/>>.

Ao longo da década de 1990, a CIT se consolidou como canal importante de debate sobre temas relevantes, promovendo a participação de estados e municípios na formulação da política nacional de saúde e incentivando a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação.

A CIT foi de fundamental importância na regulamentação do processo de descentralização e na discussão sobre os diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS. Vale também assinalar que é comum a formação de grupos técnicos compostos por representantes das três esferas, que atuam como instâncias técnicas de negociação e processamento de questões para discussão na CIT. Sua dinâmica tem favorecido a explicitação e o reconhecimento de demandas, conflitos e problemas comuns aos três níveis de governo na implementação das diretrizes nacionais, promovendo a formação de acordos intergovernamentais que propiciam o amadurecimento político dos gestores na gestão pública da saúde.

As Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) foram criadas formalmente pela Norma Operacional Básica de 1993. Esta norma estabelece a CIB como “instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS”, ressaltando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual (Brasil, 1993). Implantadas a partir de 1993, em cada estado há uma CIB, formada paritariamente por representantes do governo estadual indicados pelo secretário de estado de Saúde e representantes dos secretários municipais de Saúde indicados pelo Cosems de cada estado.

Essas instâncias, cujas reuniões em geral apresentam periodicidade mensal, discutem tanto questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde (a questão da distribuição de recursos federais do SUS é um tema frequente) quanto aquelas referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado. Atualmente, percebe-se uma ampliação gradativa da abrangência da pauta dessas reuniões, envolvendo temas relacionados à regionalização e à hierarquização da assistência, assim como à organização de políticas de promoção e prevenção – plano de combate à dengue, vigilância sanitária, por exemplo. As discussões cada vez mais frequentes sobre os elementos próprios, constitutivos dos sistemas estaduais e locais de saúde, fazem com que as CIBs se estabeleçam também como espaços de formulação da política estadual e do planejamento de ações.

Assim como na CIT, o processo decisório nas CIBs se dá por consenso, visto que é vetada a utilização do mecanismo do voto, visando estimular o debate e a negociação entre as partes. A participação nas

reuniões geralmente é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite aos membros formais da comissão. Dessa forma, muitas vezes as reuniões da CIB são momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. As CIBs vêm se tornando para os municípios a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações do estado na defesa de seus interesses, principalmente com relação à distribuição dos recursos transferidos pelo nível federal.

As CIBs também permitem uma adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização em nível estadual, propiciando a formação de acordos sobre a partilha da gestão dos sistemas e serviços de saúde entre os diferentes níveis de governo. Esses arranjos – relativamente descentralizadores, mais ou menos organizativos para os sistemas – refletem não só a capacidade gestora, a qualificação gerencial das secretarias estaduais de Saúde (SES) e das secretarias municipais de Saúde (SMS), como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as diferentes instâncias de governo.

A definição dos representantes no âmbito das comissões intergestores segue critérios variados, definidos nos respectivos conselhos de secretários municipais e estaduais de Saúde, e não guardam, necessariamente, proporcionalidade com o tamanho da população.

Mais recentemente, tem-se discutido em que medida as decisões da CIT e das CIBs tendem a colidir com as decisões dos conselhos de Saúde ou ultrapassá-las, pois se percebe que, gradativamente, devido ao seu caráter mais especializado e restrito, as comissões intergestores passam a influenciar a agenda de discussão no âmbito dos conselhos e a tomada de decisão nessas instâncias.

Conferências de Saúde e conselhos de Saúde

Com o intuito de concretizar a diretriz do SUS de participação da comunidade, a lei n. 8.142, de 1990, preconiza duas importantes instâncias colegiadas: as conferências de Saúde e os conselhos de Saúde. A existência dessas instâncias é coerente com pelo menos três idéias principais: 1) a necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o Poder Público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa); 2) o esforço de construção de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e

implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade; 3) a necessidade de propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo).

As conferências de Saúde têm como objetivo principal a definição de diretrizes gerais para a política de saúde, devendo ser realizadas nacionalmente a cada quatro anos e contar com ampla participação da sociedade, com representação dos usuários paritária à dos demais segmentos (representantes do Poder Público, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços). A 9ª Conferência Nacional de Saúde recomendou que a periodicidade das conferências municipais fosse bianual e que as estaduais, à semelhança das nacionais, fossem realizadas a cada quatro anos, mediante convocação do Poder Executivo correspondente.

Nos municípios maiores, muitas vezes é necessária a realização de conferências locais/distritais antes da conferência municipal. Em estados com grande número de municípios, podem ser realizadas conferências regionais antes da estadual, e a representatividade das diversas regiões deve ser assegurada na conferência estadual.

Os conselhos de Saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, sendo que este último grupo deve constituir no mínimo metade dos conselheiros. Suas atribuições são atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Na formulação de políticas, a atuação dos conselhos deve ser propositiva, interagindo com o gestor do SUS naquela esfera (que tem assento no Conselho de Saúde) e com o Poder Legislativo. Já em relação ao controle da execução das políticas, este deve ser exercido por meio do acompanhamento permanente das ações implementadas e sua coerência com os princípios do SUS e as necessidades de saúde da população.

Quanto à composição e formação dos conselhos municipais e estaduais, a lei ou o decreto de sua criação deve respeitar a proporcionalidade de cada segmento, definindo a duração dos mandatos e as estratégias do processo de representação. Ainda que a composição dos conselhos deva ser o mais plural possível, é importante que os conselheiros trabalhem para construir consensos efetivamente voltados para a consolidação dos princípios do SUS, evitando que prevaleçam interesses de segmentos específicos, ou que ocorram polarizações e confrontos político-partidários, corporativos e particulares.

No que diz respeito aos temas e à forma de deliberação utilizados, é importante que os conselhos construam e sigam uma agenda de temas prioritários para a implementação do SUS, de forma a acompanhar ou até antecipar a agenda do gestor correspondente. No caso de deliberações que impliquem a adoção de medidas administrativas, estas devem ser homologadas, ou seja, transformadas em ato oficial do gestor do SUS.

É da responsabilidade dos gestores da saúde mobilizar esforços na organização das conferências de Saúde e valorizar e respeitar o papel dos conselhos de Saúde. Para isso, é fundamental investir na divulgação das conferências desde o início de sua preparação, mobilizar diversos setores da sociedade, organizar o processo de seleção de delegados e de definição dos temas e, posteriormente, assegurar a divulgação das deliberações por intermédio de um relatório final. Também faz-se necessário que os conselheiros recebam todas as informações, subsídios e apoio necessários ao cumprimento de suas atribuições e disponham de alguma estrutura física, financeira e de pessoal para a sua ação.

Atualmente existem conselhos de Saúde constituídos e atuantes, que se reúnem mensalmente, nos âmbitos nacional, estadual e em milhares de municípios brasileiros. Entretanto, a atuação desses conselhos é bastante diferenciada, o que indica imensos desafios a serem enfrentados na consolidação desses espaços como instrumentos efetivos de controle social e de gestão participativa.

Os limites e desafios da participação social e um panorama sobre os conselhos são apresentados no capítulo 28.

TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADES E CONSTRUÇÃO DE CAPACIDADES GESTORAS NO SUS

Ao mesmo tempo que aspira a ser nacional na garantia do direito à saúde, o SUS deve ser descentralizado na responsabilidade da prestação da atenção à saúde.

O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo. Ele envolve não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros – antes concentrados no nível federal – para estados e, principalmente, para os municípios. A década de 1990 testemunha a passagem de um sistema centralizado para um cenário em que milhares de governos municipais passam a ter uma atuação extremamente importante no campo da saúde.

Descentralização

Na literatura própria da ciência política, o conceito de descentralização é ambíguo e vem sendo usado para descrever processos de mudança no papel do governo nacional por meio de: 1) transferência de capacidades fiscais e poder decisório sobre políticas para autoridades subnacionais de governo (movimentos de realocação); 2) transferências para outras esferas de governo da responsabilidade pela implementação de políticas definidas no nível federal (movimentos de consolidação); 3) transferência de responsabilidades e poderes públicos para (novas) instâncias administrativas próprias do governo central (desconcentração); 4) deslocamento de atribuições do governo nacional para os setores privados e não governamentais (movimentos de devolução ou privatização) (Fiori, 1995; Almeida, 2005). Enquanto nos três primeiros processos há redefinição das ações governamentais, no quarto há redução das atividades de todos os níveis de governo. Para diferenciá-lo de outros processos que envolvem transferência de poder, Abrucio (2006) conceitua descentralização como um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado nacional, envolvendo diferentes instâncias de governo.

Vale ressaltar que, na agenda da Reforma Sanitária brasileira, a diretriz de descentralização esteve sempre atrelada a valores mais abrangentes, sendo concebida como uma estratégia para a democratização e a incorporação de novos atores sociais (Teixeira, 1990) e também como elemento fundamental para a universalização, a integralidade e a construção do próprio sistema de saúde, implicando o estabelecimento de novas relações entre níveis de governo, entre instituições e entre serviços (Viana, 1995). Por outro lado, a descentralização como um meio para atingir determinados objetivos é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com algumas idéias fortalecidas nos anos 90 contrárias à ampliação do papel do Estado e dos direitos na área da saúde. É por isso que alguns autores afirmam que os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado, ainda que fundados em bases político-ideológicas diferentes, geraram um certo consenso acerca da descentralização e favoreceram o avanço desse processo no âmbito do SUS, ainda que com contornos diferentes do projeto original da Reforma Sanitária (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

Para refletir

Tendo em vista os princípios e diretrizes do SUS, que implicações a descentralização com ênfase para os municípios tem para a implantação da política de saúde em todo o território nacional? Quais os desafios associados à descentralização da saúde considerando-se as características da federação brasileira?

A experiência brasileira de descentralização do SUS revela a complexidade de consolidar nacionalmente os princípios e diretrizes da política de saúde em um país de dimensões continentais e em uma

federação que se distingue por: 1) marcantes desigualdades socioeconômicas entre regiões, estados e principalmente entre municípios; 2) reconhecimento dos governos locais (os municípios) como entes federativos a partir da Constituição de 1988, acompanhado de importante processo de descentralização de encargos sociais, de poderes políticos, legislativos e tributários; 3) existência de mais de cinco mil municípios (90%) de pequeno ou médio porte, com limitadas condições para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas (ver A especificidade da federação brasileira).

A especificidade da federação brasileira

Federação é sinônimo de Estado federal, isto é, o Estado em que coexistem entes federados que gozam de autonomia constitucionalmente definida. Em um sistema federativo, o poder político e a autoridade administrativa são distribuídos territorialmente entre instâncias de governo, de tal forma que o governo nacional e os subnacionais guardem certa independência em sua esfera própria de atuação. Diferentemente de muitas federações, a brasileira é um sistema de três níveis (triplo federalismo) porque incorporou, em 1988, os municípios, junto com os estados e o Distrito Federal, como partes integrantes da federação. Existiam no país, em 2003, 5.564 municípios. Estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para aquele ano revelam que cerca de 50% dos municípios possuíam até dez mil habitantes (Tabela 1). Entretanto, 50% da população brasileira residia em apenas 239 municípios que possuíam mais de cem mil habitantes.

Tabela 1 – Distribuição da população e dos municípios segundo faixa populacional. Brasil – 2003

Faixa (por habitante)	População 2003		Municípios	
	Pop. total	Dist. %	nº	Dist. %
Até 10.000	14.008.250	7,92	2.681	48,22
De 10.000 a 20.000	19.212.149	10,86	1.341	24,12
De 20.000 a 50.000	29.733.362	16,81	990	17,81
De 50.000 a 100.000	21.674.649	12,25	309	5,56
De 100.000 a 1.000.000	55.574.057	31,42	225	4,05
Mais de 1.000.000	36.668.970	20,73	14	0,25
Total	176.871.437	100,00	5.560	100,00

Fonte: IBGE – estimativa populacional 2003.

A descentralização do SUS esbarra em dificuldades institucionais e de financiamento, e o próprio avanço do processo evidencia problemas estruturais do sistema de saúde. As características do sistema descentralizado são heterogêneas no território nacional, ante as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos, o que torna relevante compreender e gerar as condições adequadas para que o processo de descentralização ocorra com sucesso (Souza, 2002).

Arretche (2000) assinala que, em países heterogêneos como o Brasil, estratégias de indução de políticas eficientemente desenhadas e implementadas pela esfera de governo interessada em descentralizar e que obtenham a adesão das demais esferas podem compensar obstáculos estruturais de estados e municípios e melhorar a qualidade da ação desses governos, na medida em que tendam a minimizar custos ou ampliar benefícios relacionados à assunção de novas responsabilidades. Na mesma linha, Abrucio (2006) observa que a garantia da implantação de políticas nacionais requer a adoção de mecanismos de coordenação federativa que não se resumem à imposição de formas de participação conjunta e incluem a instauração de parcerias que sejam aprovadas pelos entes federativos. Para esse autor, a descentralização é bem complexa, pois envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre níveis de governo, freqüentemente antagônicos na disputa política.

Depreende-se que a consolidação de um sistema público e universal fortemente orientado pela diretriz de descentralização, em um país federativo, imenso e heterogêneo como o Brasil, suscita desafios importantes em termos de coordenação federativa. A política de saúde no Brasil contou com o desenvolvimento de instrumentos próprios para acomodação dos distintos interesses e para administração das tensões federativas existentes, tendo em vista o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios e dos estados na saúde. A condução e a coordenação estratégica do processo de descentralização foram realizadas pelo Ministério da Saúde.

A base da regulação federal sobre a descentralização é a normatização, consubstanciada pela edição anual de dezenas de portarias pelas diversas áreas do ministério e demais entidades federais, em geral associadas a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. Sobre essa base se associam outras formas de regulação, tais como: apoio e capacitação técnica dos gestores estaduais e municipais, divulgação de propostas e instrumentos técnicos de gestão, capacitação de recursos

humanos para o SUS, controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas, financiamento de pesquisas, regulação de mercados relacionados à saúde, implementação de novas estruturas de regulação da rede de serviços (Machado, 2002).

Sem desconsiderar a importância dos vários instrumentos utilizados e seus impactos sobre a gestão descentralizada do sistema de saúde, as normas operacionais (NO) do SUS e, mais recentemente, o **Pacto pela Saúde** ocupam papel de destaque na regulação nacional da descentralização. Nos anos 90, foram publicadas quatro normas operacionais básicas (NOB), de 1991, 1992 (similar à anterior), 1993 e 1996. Na década de 2000, foram publicadas a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) nas versões 2001 e 2002 e, em 2006, as portarias relativas ao Pacto pela Saúde (Quadro 3).

O processo de elaboração e implementação dessas portarias foi marcado por intenso debate e negociação envolvendo os três níveis de governo e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Elas refletiram o acordo estabelecido em um dado momento na formulação da política nacional de saúde no que tange à descentralização. De caráter transitório, as portarias federais (incluindo as normas operacionais) foram sendo complementadas (detalhadas e alteradas) e sucessivamente substituídas, apresentando diferenças importantes entre si. Pode-se afirmar que, desde 1993, as portarias que regulamentam o processo de descentralização definem:

- 1) diferentes atribuições gestoras dos níveis federal, estadual e municipal sobre planejamento e programação da atenção à saúde, pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria de ações e serviços prestados no âmbito do SUS;
- 2) mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre os gestores do SUS;
- 3) responsabilidades e respectivas prerrogativas financeiras (modalidades de transferência de recursos federais de custeio e de remuneração de serviços) associadas às diferentes condições de gestão de estados e municípios.

Condições de gestão

Dizem respeito a diferentes capacidades de gestão das secretarias municipais e estaduais de Saúde, envolvendo um dado conjunto de exigências e prerrogativas financeiras para os municípios e estados que se submetem a um processo de habilitação. As diferentes condições de gestão do SUS foram primeiramente estabeleci-

Pacto pela Saúde

Contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. De forma geral, o Pacto pela Saúde estabelece que esse acordo seja feito com base na formalização de compromissos que compreendem responsabilidades sanitárias (traduzidas em objetivos de melhoria das condições de saúde) e de gestão, e a pactuação de metas prioritárias relacionadas a indicadores que possam servir para o controle mútuo, o monitoramento e a avaliação dos compromissos assumidos. A base de regulamentação do Pacto pela Saúde pode ser obtida no endereço eletrônico do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br>.

das pela NOB n. 1/1993 e vigoraram até a Noas 1/2002. Em última instância, as condições de gestão estão relacionadas às formas de obtenção e autonomia para execução orçamentária dos recursos financeiros federais transferidos para o custeio da assistência. Em maio de 2006, 682 municípios (12% do total), todos os estados e o Distrito Federal estavam habilitados na condição de gestão mais avançada prevista na regulamentação específica do SUS (plena do sistema municipal ou estadual), mostrando-se aptos a receber mensalmente a totalidade das transferências federais para custeio da assistência (incluindo a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar).

Fonte: Levcovitz, Lima & Machado, 2001; Noronha, Lima & Machado, 2005.

As contradições geradas pela tentativa de tornar compatível o processo de descentralização com a integração de ações e serviços de diferentes níveis de complexidade, situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos (que chamaremos aqui de racionalidade sistêmica), as formas de organização e prestação da atenção à saúde (modelos de atenção à saúde), o financiamento (entre níveis de governo e dos prestadores privados) e a divisão de funções e formalização de compromissos entre as esferas de governo na gestão dos sistemas e serviços de saúde (acordo federativo) induzem a mudanças subsequentes. São justamente as contradições existentes na interação dessas três variáveis que conformam, tensionam e desatualizam os procedimentos em vigor e orientam a formulação e a implementação de novos instrumentos (Quadro 3).

Quadro 3 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS – racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
1990 a 1994	NOB 91/92	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações em âmbito nacional por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Estaduais (Conass) e Municipais (Conasems) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
1994 a 1998	NOB 93	<ul style="list-style-type: none"> • Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma residual: transferências em bloco (<i>block grants</i>) segundo montante definido no teto financeiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada vigente (semiplena) 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS
1998 a 2002	NOB 96	<ul style="list-style-type: none"> • Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (PPI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família (Pacs/PSF) • Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena) 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI

Quadro 3 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS (continuação)

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
2002 a 2005	Normas 2001/2002	<ul style="list-style-type: none"> • Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais 	<p>Manutenção dos dispositivos anteriores e:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica • Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade • Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade • Criação de protocolos para assistência médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas • Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica)
A partir de 2006	Pactos pela Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre os gestores 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferências em cinco grandes blocos segundo o nível de atenção à saúde, o tipo de serviço, programas e funções – em fase de implantação 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações em âmbito nacional e estadual • Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento da gestão dos sistemas de saúde • Formalização dos acordos entre gestores por meio da PPI, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida • Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados

Fonte: Adaptado de Viana, Lima & Oliveira, 2002.

A DIVERSIDADE TERRITORIAL DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Embora o SUS seja regido pelos mesmos princípios e diretrizes gerais, a forma como o sistema de atenção à saúde se materializa no território (incluindo as diferentes regiões, estados e municípios brasileiros) varia significativamente. Vários fatores explicam a diversidade do SUS.

Em primeiro lugar, ressalta-se que a abrangência das ações desenvolvidas influencia os modos de organização dos serviços de saúde. A assistência à saúde, por exemplo, pode ser realizada no âmbito ambulatorial e hospitalar, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e no espaço domiciliar. No caso da vigilância epidemiológica e sanitária, as ações envolvem outros ambientes de trabalho e convívio das pessoas, bem como da produção e circulação de bens, mercadorias e serviços. Um conjunto diversificado de profissionais, com formação e atribuições específicas em distintas áreas da saúde, bem como tecnologias de diferentes complexidades e custos, está envolvido na atenção à saúde. As ações também podem ser direcionadas para o controle e atendimento de agravos (tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, Aids, diabetes, hipertensão arterial, violência), para determinados grupos populacionais (mulher, criança, idoso, gestante, indígena) ou para áreas da atenção à saúde selecionadas (assistência oncológica, saúde bucal, saúde mental).

Assim, diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde podem ser observadas no SUS, sendo orientadas segundo vários critérios: tipos de serviços envolvidos (ambulatoriais, hospitalares de diversos tipos, domiciliares, urgência e emergência), níveis de complexidade da atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade), direcionalidade das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde) e modelos de prestação do cuidado à saúde (Programa Saúde da Família). Existem tensões entre essas distintas lógicas de organização dos serviços, que muitas vezes não se coadunam e expressam propostas de planejamento e financiamento da saúde conduzidas de forma fragmentada pelos diferentes níveis de governo.

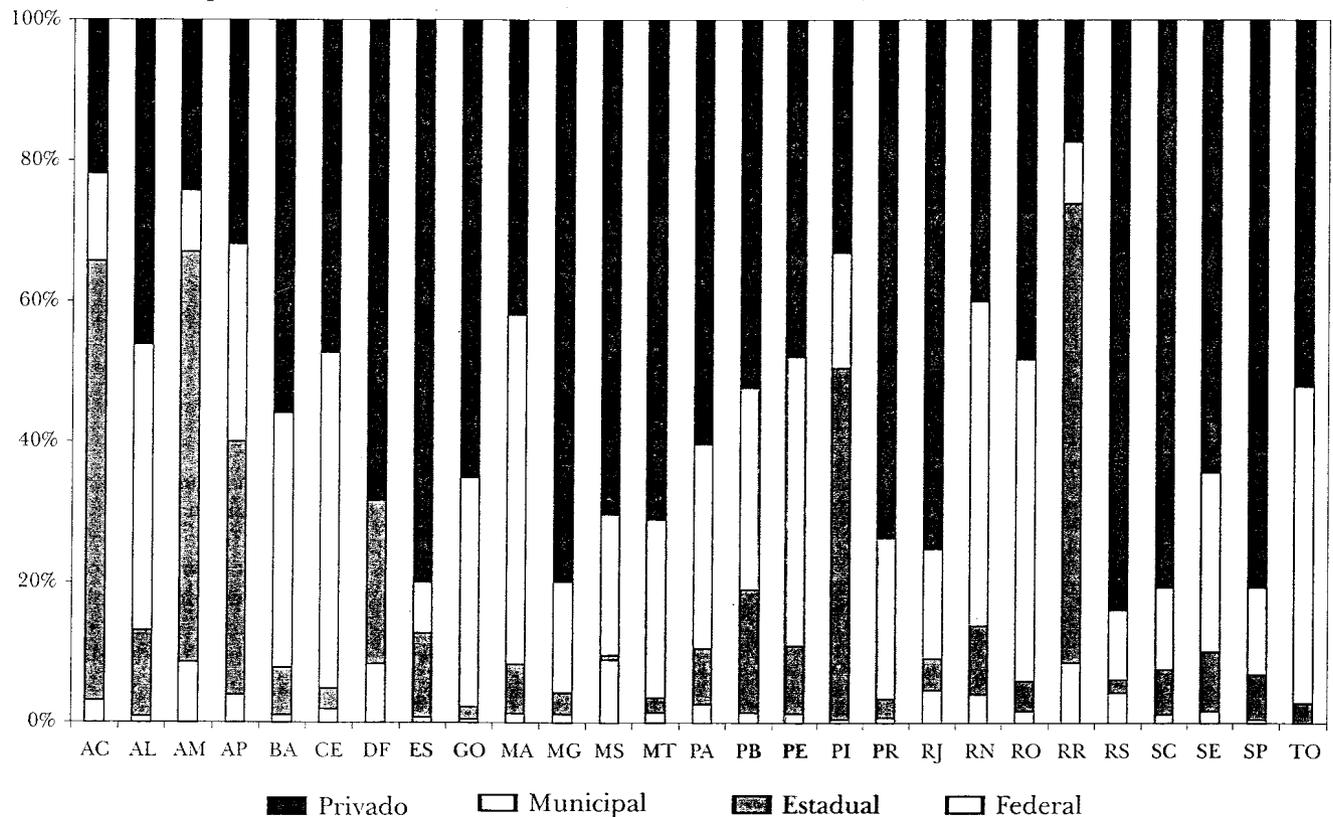
Em segundo lugar, é preciso considerar que a forma como foi moldada a descentralização no SUS permitiu que as regras nacionalmente construídas para a condução desse processo fossem adaptadas pelos gestores locais e estaduais, respeitando-se o processo de negociação ocorrido nas Comissões Intergestores Bipartites. Assim, diferentes acordos foram estabelecidos entre estados e municípios em relação à repartição sobre a responsabilidade de gestão das unidades públicas de saúde. A divisão de funções na prestação direta de serviços de saúde respeitou,

Para saber mais sobre o Programa Saúde da Família e a atenção básica no país, consulte o capítulo 16, sobre atenção primária à saúde. Os modelos assistenciais são discutidos no capítulo 15.

em muitos casos, o nível de **complexidade** dos estabelecimentos de saúde, a natureza dos serviços oferecidos (se ambulatoriais ou hospitalares) e sua abrangência (local, regional ou estadual).

O Gráfico 1 demonstra **que**, mesmo tendo os municípios assumido um papel preponderante na oferta de serviços públicos de saúde, pelo menos no que se refere às unidades com internação, a função desempenhada pelas instâncias estaduais e, em menor proporção, pelo nível federal é ainda significativa.

Gráfico 1 – Distribuição proporcional dos estabelecimentos de saúde com internação segundo a esfera administrativa por estado. Brasil – 2002



A oferta, a organização, a regulação e os desafios da atenção hospitalar no SUS são apresentados no capítulo 18.

No que se refere à participação dos prestadores privados credenciados ao SUS, o Gráfico 1 indica sua preponderância na assistência hospitalar na maioria dos estados do país, sendo o Norte e o Nordeste as regiões que apresentam maior proporção de leitos públicos.

Por último, destaca-se **que** as modalidades de serviços que compõem o sistema de saúde não se **distribuem** uniformemente no país. Como já indicado, a maioria dos municípios é muito pequena e não tem demanda suficiente para albergar todos os níveis de atenção em seu território.

Na maior parte das vezes, os municípios possuem apenas estabelecimentos de atenção básica, e muitas regiões de saúde são planejadas abrangendo vários municípios. Por sua vez, a disponibilidade de serviços especializados e de alta complexidade no SUS é bastante concentrada.

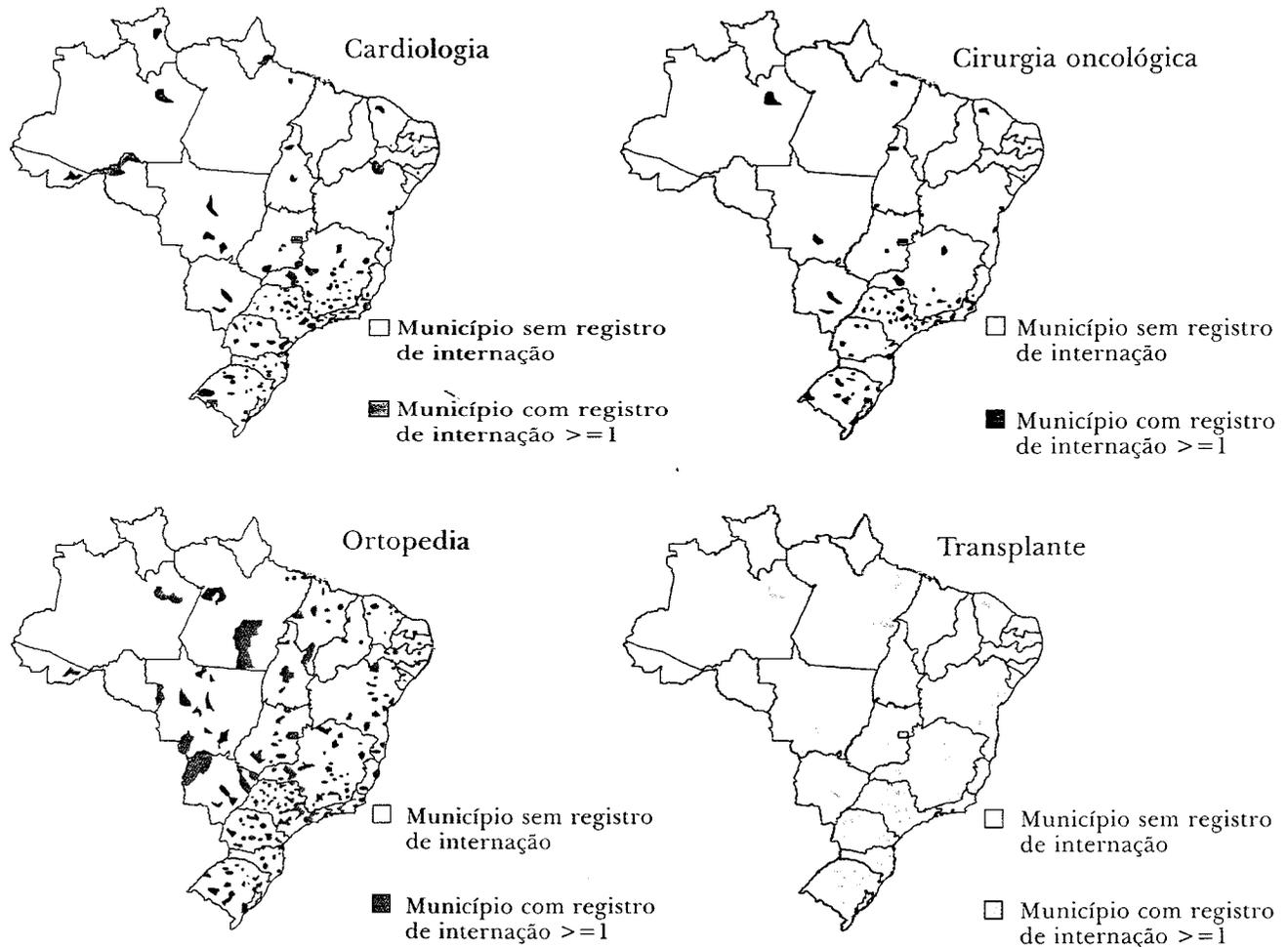
Depreende-se que a oferta de serviços de saúde no SUS é bastante desigual no território nacional. Embora a última Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE) tenha registrado um aumento no número de estabelecimentos de saúde em todas as regiões brasileiras, reduzindo de 146, em 2002, para seis, em 2005, o número de municípios sem estabelecimentos de saúde ativos de qualquer tipo (sem internação, com internação ou de apoio diagnóstico; de natureza pública ou privada), as desigualdades na distribuição espacial dos serviços de saúde permanecem.

Enquanto no total do país os estabelecimentos de menor complexidade respondem por 49,3% do atendimento ambulatorial, na região Norte existe maior peso desse tipo de estabelecimento (76,5%), seguindo-se a região Nordeste (69,7%). No outro extremo, na região Sudeste, os estabelecimentos de menor complexidade respondem por somente 26,7% dos atendimentos realizados em estabelecimentos sem internação. De fato, apesar da expansão do Programa de Saúde da Família e do aumento da cobertura de serviços na atenção básica, segundo a última Pesquisa AMS/IBGE ainda é comum nas regiões Norte e Centro-Oeste a existência de estabelecimentos que oferecem atendimento ambulatorial sem médico, correspondendo a respectivamente 40,2% e 23,3% dos estabelecimentos sem internação nessas regiões, em contraposição a apenas 9,4% na região Sul.

No que diz respeito aos serviços de maior densidade tecnológica, a situação de iniquidade é ainda mais grave. A Figura 1 ilustra a distribuição nacional de serviços de alta complexidade nas áreas de cardiologia, cirurgia oncológica, neurológica e transplantes. Ainda que não seja possível, nem desejável, a existência desses serviços em todos os municípios do país – ante a necessidade de economia de escala e de garantia de qualidade da atenção –, os dados revelam uma excessiva concentração de unidades de alta complexidade nas regiões Sudeste e Sul e em poucos municípios das demais regiões. Isso alerta para o risco de que a população residente em vastas áreas do país desprovidas desses serviços tenha maiores dificuldades de acesso a procedimentos de alta complexidade nos casos necessários.

Os desafios para garantia de cuidados especializados conforme as necessidades dos cidadãos são discutidos no capítulo 17, sobre atenção ambulatorial especializada.

Figura 1 – Municípios com registro de internações hospitalares no SUS por procedimentos de alta complexidade selecionados.* Brasil – 2005



* Procedimentos de alta complexidade remunerados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

Fonte: Ministério da Saúde, SIH/SUS, 2007. (Os mapas foram elaborados por Tereza Cristina Lins do Amaral e Lúcia de Fátima Nascimento Queiroz especialmente para este trabalho)

A diversidade da lógica de organização dos serviços de saúde, bem como da natureza jurídica dos prestadores e do perfil das unidades de saúde distribuídos no território, traz enormes desafios para o planejamento em saúde no que diz respeito à montagem de uma rede de atenção à saúde no SUS orientada para suprir as principais necessidades de saúde da população.

AVANÇOS, DIFICULDADES E DESAFIOS PARA O SUS

Implementar o SUS em sua concepção original significa romper com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias. Se, por um lado, o contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988 e em mudanças objetivas no sistema; por outro, nos anos 90 a concretização dos princípios do SUS seria continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

Os obstáculos estruturais estão relacionados, para alguns autores, a dois grupos básicos de problemas que se apresentam para os países latino-americanos: 1) um primeiro grupo relacionado ao alto grau de exclusão e heterogeneidade, fatores que não são plenamente resolvidos por programas sociais, e aos conflitos entre esforços financeiros, sociais e institucionais para implantar políticas abrangentes em confronto com as restrições impostas pela estrutura socioeconômica dessas sociedades; 2) um segundo grupo de ordem institucional e organizacional, representado pelas características predominantes dos sistemas de prestação de serviços nesses países – centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade (Draibã, 1997).

No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais –, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído.

Um dos principais desafios para a consolidação do SUS, portanto, é superar as profundas desigualdades em saúde, compatibilizando a afirmação da saúde como direito de cidadania nacional com o respeito à diversidade regional e local. Isso implica uma mudança substantiva no papel do Estado nas três esferas de governo, o fortalecimento da gestão pública com finalidades diferenciadas nos âmbitos nacional, estadual e municipal, a divisão de competências e a articulação de princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais.

No entanto, na área da saúde, é tarefa bastante complexa separar de forma tão nítida os espaços territoriais de influência política de cada esfera de governo. Em primeiro lugar, porque a perspectiva de construção de sistema é uma dimensão importante a ser considerada no próprio processo de descentralização. Dada a distribuição geográfica desigual dos

Saiba mais sobre os determinantes das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde no capítulo 6.

serviços públicos e privados no SUS, a regionalização, a hierarquização e a integralidade demandam a formação e a gestão de redes de atenção à saúde não diretamente relacionadas a uma mesma unidade político-administrativa, tais como as redes interestaduais de ações e serviços de saúde (que envolvem mais de um estado) e as redes intermunicipais (que envolvem mais de um município). Em segundo lugar, porque, na maioria das vezes, os fatores que determinam os problemas de saúde e geram demandas para os serviços de saúde não respeitam os limites dos territórios político-administrativos. Além disso, como já enfatizado, a maior parte dos municípios brasileiros e muitos estados, quer seja por questões de escala insuficiente, quer pela diferenciação dos recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos), não possui condições de prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral de seus municípios. Essas características indicam a necessidade de se fortalecerem as instâncias de pactuação de interesses e compartilhamento da gestão pública no SUS, em diferentes escalas territoriais e abrangências, que permitam o desenvolvimento de ações coordenadas.

Outro desafio para a superação de obstáculos estruturais está relacionado à articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes. Pode-se dizer que além dos campos típicos da atenção à saúde (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária), que compreendem as atividades mais diretamente voltadas para o atendimento das necessidades de saúde, outros campos de atuação do Estado são estratégicos em uma política pública destinada à garantia da saúde como direito social de cidadania. As políticas voltadas para as áreas de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, produção industrial e provisão de insumos, formação de recursos humanos e regulação dos vários mercados em saúde são exemplos que, em geral, extrapolam o âmbito da autoridade exclusiva da saúde. Particularmente, a atuação do Ministério da Saúde nessas políticas é importante para assegurar o atendimento das necessidades sociais de saúde, configurando, por sua vez, uma concepção ampliada sobre a política de saúde, em sua dimensão social, econômica e de poder.

Em relação aos obstáculos conjunturais, ressalta-se a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas em vários países, no plano político, econômico e social, a partir da década de 1980, com graves conseqüências e retrocessos históricos no processo de construção da cidadania social. Noronha e Soares (2001) chamam a atenção para o forte conteúdo de caráter político-ideológico e neoliberal das reformas implementadas, conduzidas por políticas de ajustes, que seguiram uma agenda elaborada pelos organismos multilaterais de financiamento.

Essas tendências se expressam no país, desde os anos 90, por meio da adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase nas medidas de: 1) estabilização da moeda; 2) privatização de empresas estatais; 3) adoção de reformas institucionais orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da Previdência e a reforma do aparelho do Estado; 4) mudanças nas relações de trabalho, com o aumento do segmento informal e do desemprego estrutural e a fragilização do movimento sindical; 5) desregulamentação dos mercados.

Tais mudanças tensionam as políticas sociais universais em países desenvolvidos e, no Brasil, onde o SUS ainda não foi consolidado, tiveram repercussões mais graves. Dessa forma, pode-se dizer que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nas duas últimas décadas, e sua implementação tem sofrido a influência dessas tendências. Observam-se, até meados desta década, tanto avanços como dificuldades nos diversos eixos estratégicos para a implantação do SUS, sintetizados no Quadro 4.

Quadro 4 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS

Eixos estratégicos	Aspectos-chavé	Avanços	Dificuldades
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> Fontes estáveis para o setor oriundas dos três níveis de governo Condições de financiamento e de gasto adequadas para o setor nos três níveis de governo Suplementação e redistribuição de recursos fiscais para estados e municípios mediante a adoção de mecanismos e critérios equitativos para transferência de recursos federais Desenvolvimento de política regional de investimentos para o SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde Aumento progressivo das transferências automáticas ('fundo a fundo') de recursos federais para estados e municípios 	<ul style="list-style-type: none"> Não implantação do Orçamento da Seguridade Social Instabilidade de fontes durante a maior parte da década de 1990 (EC 29 só foi aprovada em 2000) Dificuldades na regulamentação e no cumprimento da vinculação constitucional da saúde (EC 29) Insuficiente volume de recursos para o setor Pouca participação dos recursos estaduais no financiamento Baixa participação dos investimentos no gasto público em saúde Excesso de condicionalidades para aplicação de recursos federais transferidos (no final dos anos 90) Distribuição de recursos federais, que ainda segue muito o padrão da oferta, com limitações na adoção de critérios de promoção da equidade Pouca adoção de mecanismos de transferências interestaduais e intermunicipais de recursos para o SUS
Relações público-privadas	<ul style="list-style-type: none"> Consolidação do sistema público de saúde, único e universal, em uma lógica de seguridade social Caráter complementar do setor privado no sistema Fortalecimento da gestão pública e da regulação do setor privado 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da oferta pública de serviços de saúde, principalmente municipal Aumento da capacidade gestora em diversos estados e em milhares de municípios 	<ul style="list-style-type: none"> Crescimento do setor privado supletivo subsidiado por renúncia fiscal, com segmentação da clientela Regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo Multiplicação de novas formas de articulação público-privada na saúde (terceirizações, fundações cooperativas etc.)

Quadro 4 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS (continuação)

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Descentralização e relações entre gestores	<ul style="list-style-type: none"> Definição do papel das três esferas de governo no SUS respeitando-se as especificidades regionais Transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios Mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para definição e implementação da política 	<ul style="list-style-type: none"> Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios Estabelecimento das comissões intergestores (tripartite e bipartites) como instâncias efetivas de negociação e decisão 	<ul style="list-style-type: none"> Imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema Conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (federal-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal)
Gestão e organização do sistema	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema Expansão e desconcentração da oferta de serviços Adequação da oferta às necessidades da população Organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede de serviços de saúde em diversos estados e municípios Expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas 	<ul style="list-style-type: none"> Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios Persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços
Atenção aos usuários	<ul style="list-style-type: none"> Universalização efetiva do acesso de todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias Mudança do modelo de atenção Melhoria da qualidade da atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS Experiências inovadoras de diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão (adscrição de clientela, vínculo, integralidade das ações) Mudança nas práticas de atenção em várias áreas (ex.: saúde mental) Expansão de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo o país Melhoria de indicadores de saúde em diversos pontos do país 	<ul style="list-style-type: none"> Persistência de desigualdades no acesso Persistência de distorções no modelo de atenção (medicalização, uso inadequado de tecnologias) Problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Formação e capacitação adequadas de recursos humanos para o SUS, tanto para a gestão como para as atividades de atenção Constituição de quadros técnicos gestores nos estados e municípios Distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o país 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde em várias unidades federativas e municípios 	<ul style="list-style-type: none"> Distorções na formação dos profissionais de saúde Heterogeneidade entre os diversos estados e municípios na constituição de equipes técnicas nas secretarias de Saúde Dificuldades de estados e municípios na contratação de profissionais de saúde, agravadas pela conjuntura de Reforma do Estado, com pressões para redução de gastos com pessoal Distribuição desigual e inequitativa de profissionais de saúde no território nacional Aumento da precarização das relações de trabalho na saúde
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> Participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde Implementação nas três esferas de governo de conselhos de Saúde deliberativos, envolvendo diversos segmentos sociais, com 50% de usuários Controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Constituição de conselhos de Saúde no âmbito nacional, em todas as unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, com participação dos usuários 	<ul style="list-style-type: none"> Funcionamento efetivo dos conselhos bastante variável entre as diversas UF's e municípios Predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo sobre a política, em várias situações

Quadro 4 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS (continuação)

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Desenvolvimento científico e tecnológico e produção de insumos para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento científico e tecnológico nacional compatível com as necessidades do SUS Fortalecimento da capacidade de inovação e produção nacional de insumos relevantes para a saúde Fortalecimento da capacidade de regulação da incorporação tecnológica no SUS mediante a adoção de critérios científicos 	<ul style="list-style-type: none"> Preservação da capacidade nacional de produção em algumas áreas (medicamentos, vacinas), inclusive no setor público (Fiocruz, Instituto Butantan) 	<ul style="list-style-type: none"> Defasagem tecnológica em vários segmentos relevantes para a saúde e uso inadequado de tecnologias em outros Estagnação da indústria nacional nos anos 90, atingindo vários segmentos da saúde Alta dependência de importações (<i>deficit</i> comercial relativo a insumos da saúde) Custos elevados de insumos, em razão das características das empresas transnacionais e da aprovação da Lei Brasileira de Propriedade Intelectual (em 1996)
Provisão e regulação de insumos para o setor	<ul style="list-style-type: none"> Distribuição e provisão adequada de insumos necessários para a saúde em todo o território nacional Regulação de mercados relativos aos insumos em saúde, de forma coerente com as necessidades de saúde da população e os princípios do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da disponibilidade de equipamentos e insumos em áreas do país anteriormente desassistidas Garantia de medicamentos necessários no âmbito de programas específicos (com destaque para o controle do HIV/Aids) Política de medicamentos genéricos (a partir de 1998) 	<ul style="list-style-type: none"> Persistência do quadro de insuficiência e desigualdades na distribuição de insumos no país Grande peso do setor privado na oferta de procedimentos de apoio diagnóstico Dificuldade de acesso a diversos tipos de equipamentos e medicamentos Limitações da assistência farmacêutica pública Limitada regulação estatal sobre os mercados de insumos em saúde

Fonte: Adaptado de Levcovitz, Lima & Machado, 2001.

A complexidade desse quadro faz com que sejam possíveis diversos enfoques de análise sobre a política de saúde no Brasil. Assim, a produção de diferentes autores sobre o SUS no período recente é extremamente variada no que diz respeito ao marco teórico-conceitual adotado e aos elementos enfatizados, havendo pouco consenso sobre os desafios ainda existentes.

Para refletir

E você, o que pensa sobre isso? Em sua opinião, quais são os principais desafios para a consolidação do SUS? Quais são as pessoas que apóiam e sustentam o SUS, ou seja, qual é atualmente a base social de apoio à política pública de saúde? E quais são os principais interesses contrários ao fortalecimento do ideal da saúde como direito de cidadania? Quais seriam as estratégias necessárias para superar os desafios que você identifica?

Mesmo em relação à descentralização, as condições, características e formas de condução do processo e também os seus resultados têm sido questionados em vários estudos. O fato é que a descentralização não garante *per se* o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação de políticas, nem, necessariamente, possibilita o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos governos locais, regionais e central. O fortalecimento institucional dos três níveis de governo depende de mudanças mais amplas do Estado, que transcendem o espaço da política setorial, sendo a concretização do SUS

influenciada por outros aspectos ainda não equacionados como o adequado aporte de recursos financeiros (incluindo os investimentos), a provisão e a regulação adequada de insumos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a superação dos padrões de iniquidade do sistema e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

A consolidação do Sistema Único de Saúde, no contexto atual, envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. A luta pela garantia da saúde como direito de cidadania é hoje a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo. Tal inflexão requer políticas estatais abrangentes e responsáveis e uma sólida base de apoio ao sistema público, tendo por base o fortalecimento dos laços de solidariedade social no Brasil.

LEITURAS RECOMENDADAS

ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 331-345, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *SUS: avanços e desafios*. Brasília: Conass, 2006. Disponível em: <www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf>. Acesso em: fev. 2007.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

LIMA, N. T. et al. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NEGRI, B. & VIANA, A. L. d'A. (Orgs.) *O SUS em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

SITES DE INTERESSE

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): <www.bireme.br/>

Conselho Nacional de Saúde (CNS): <www.conselho.saude.gov.br/>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass): <www.conass.org.br/>

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems): <www.conasems.org.br/>

Departamento de Informática do SUS (Datapus): <www.datapus.gov.br/>

Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/>

O SUS de A a Z: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>>

Projeto Descentralização On-Line – Acompanhamento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – parceria Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/(Fiocruz): <www.ensp.fiocruz.br/descentralizar/>

Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde: <http://200.214.130.38/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.) *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, 24: 29-40, 2005.
- ARRETCHE, M. T. S. *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro, São Paulo: Revan, Fapesp, 2000.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/93*. Portaria n. 545 GM/MS, de 20 de maio de 1993.
- DRAIBE, S. M. *Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: saúde e educação fundamental*. Informe Final do Projeto Estudos de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Económico da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1997.
- ESCOREL, S. & BLOCH, R. A. As conferências nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- FIORI, J. L. *O Federalismo Frente ao Desafio da Globalização*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 15)
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - AMS 2002*. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & C*, 6(2): 269-291, 2001.
- MACHADO, C. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. In: NEGRI, B. & VIANA, A. L. d'A. (Orgs.) *O SUS em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.
- SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SIH/SUS). Ministério da Saúde. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: dez. 2007.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.) *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NORONHA, J. C. & SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 445-450, 2001.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Seminário "Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas", 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelacoesNiveisGov_arquivos/frame.htm>. Acesso em: out. 2003.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 431-442, 2002.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*, 24(2): 78-99, 1990.

VIANA, A. L. d'A. *Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 18)

VIANA, A. L. d'A. & LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. d'A.; ELIAS, P. E. M. & IBÁÑEZ, N. (Orgs.) *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIANA, A. L. d'A.; LIMA, L. D. & OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 493-507, 2002.